

Jabatan Antropologi dan sosiologi

No. Kelas:

No Perolehan:

Tarikh: 2/4/87

RAWATAN JIWA: SATU KAJIAN KES DI UNIT
PERUBATAN JIWA, HOSPITAL BESAR KOTA BHARU, KELANTAN

Untuk:

Kedua Ibu dan Bapaku yang banyak
mencabar kedewasaanku
dan merestainya.

Kesemu perwellaku yang banyak
mencabar dan menyensasikan
dan menyensasikan.

AZIMAH MOHD. YUSOF
No. Matrik: 46102

Doktor yang banyak
mencabar pendidikan dan keilmuanku
dan menyensasikan.

Rakan-rakan yang banyak
mencabar nilai ilahiku
dan menyensasikan.

Saudara Umi
Latihan Ilmiah Bagi Memenuhi
Sebahagian Daripada Syarat-Syarat
Untuk Ijazah Sarjana Muda Sastera

Dan ini yang mampu mendatangi cabaran-cabaran ini.

JABATAN ANTROPOLOGI DAN SOSIOLOGI
UNIVERSITI MALAYA
KUALA LUMPUR
SESI 1986/87

- Penghargaan Nur Allah yang telah

PENGHARGAAN

menantu dalam kerja lapangan dan Nur Faidah Fatri

Bismillahirrahmanirrahim!

Syukur ke hadrat Allah Subhanawataala kerana mengurniakan kekuatan untuk menyelesaikan urusan ini.

Setinggi-tinggi ucapan terima kasih dirakamkan kepada:

Para Pensyarah pengkaji Dr. Zainal Kling, Dr. Rokiah Talib dan

Encik Hadi Zakaria yang bertanggungjawab memberi pendedahan dan bimbingan awal berhubung dengan kaedah penyelidikan.

Penyelia Latihan Ilmiah - Cik Zaliha Hassan yang telah menunjuk

ajar, memperbaiki dan menyumbang ide yang membina sepanjang penulisan ini.

- Kepada Dr. Mohd. Nor Nawawi yang bertindak selaku penyelia lapangan.

Sumbangan material dan jasa baik Encik Osman di Jabatan Geografi, para pegawai UPEN, MPKB dan Kerajaan Tempatan.

- Semua pentadbiran HBKB, UPJ dan pesakit UPJ.

Sokongan moral, 'understanding', peringatan dan mempeduli -

- Ayah Nik, Cik Mah, Su, Adik Nah dan Mee, rakan-rakan

B - 300 asrama ke-3.

- Penghargaan khas - Wan Nor Aziah yang telah membantu dalam kerja lapangan dan Nor Fazidah Kadri yang mempertajam kupasan, Fatimah Ibrahim, Atiroh Hj. Ahmad dan Wan Nor Azzah - di atas sumbangan penginapan dan kepada T.J.O. Tanyia - menyumbang kesedaran dan perangsang dari dimensi yang berbeza.

Kesudian dan kerjasama - Kak Jah kerana menaip latihan ilmiah ini dan semua kawan-kawan sekursus dan kakitangan Jabatan Antropologi dan Sosiologi sepanjang pengajian di sini.

Semoga Allah s.w.t. memberi rahmat, Taufiq dan HidayahNya kepada kita semua.

Wassalam.

Jabatan Antropologi & Sosiologi
Universiti Malaya
Kuala Lumpur

Azimah Mohd. Yusof
No. Matrik: 46102

21hb. Februari 1987

SINOPSIS

Meskipun gangguan mental atau penyakit jiwa begitu lancar dipertuturkan oleh kita akan tetapi penjelasan dan gambaran mengenai fenomena sosial ini sebenarnya masih samar-samar dan belum memadai. Kekurangan ini begitu ketara terutamanya dari aspek takrifan, kriteria, bentuk rawatan dan kepada siapa harus dipertanggungjawabkan merawatnya. Jadi, latihan ilmiah ini cuba menyatakan hal ini dalam bab-bab seterusnya.

Dalam Bab 1 - Pengkaji memberi pengenalan berhubung dengan gangguan mental, di samping turut memperkatakan tentang tujuan kajian, bidang, kaedah dan masalah-masalah semasa kajian dilakukan.

Bab II - Pengkaji membincang tentang konsep-konsep dan model-model gangguan mental. Konsep-konsep yang disentuh lebih diutamakan kepada jenis yang dimiliki oleh para pesakit atau subjek pengkaji.

Bab III - Dalam bab ini pengkaji meneliti tentang latarbelakang institusi dan subjek. Latarbelakang institusi ini termasuklah aspek-aspek lokasi, sejarah perkembangan, struktur dan pentadbirannya. Bagi latarbelakang subjek pula umumnya meliputi 7 angkubah; jantina, umur, taraf perkahwinan, bangsa, tempat kediaman dan aktiviti yang mereka ceburi sebelum ke institusi ini.

Bab IV - Pengkaji menyentuh secara khusus berhubung dengan peranan dan operasi UPJ. Ia merangkumi perkara-perkara mengenai objektif dan peranan, tatacara kemasukan dan 'discharge' para pesakit.

Bab V - Bab ini memeri mengenai bentuk rawatan yang dijalankan oleh kesemua jenis pesakit yang pernah menerima rawatan di Unit ini. Ianya merupakan gabungan rawatan secara perubatan dan sosial-psikologikal.

Bab VI - Dalam bab ini pengkaji merumuskan kesemua penemuan dari bab-bab yang lalu dan seterusnya membuat penilaian mengenainya. Akhir sekali, pengkaji turut membuat beberapa cadangan termasuk berhubung dengan pendekatan untuk merawat pesakit di Unit tersebut.

1.5 Masalah Kejiwaan	15
BAB II : KONSEP-KONSEP DAN MODEL-MODEL	19
2.1 Konsep Rawatan	19
2.2 Konsep Gangguan Mental	21
2.2.1 Psikosis	24
(a) Psikosis Organik	25
(b) Psikosis Fungsional	25
2.2.2 Neurosis	32
(a) Neurosis Keluh Kesah	34
(b) Neurosis Depresif	34

DAFTAR KANDUNGAN

Halaman

2.2.3 Psikopatologi	35
2.2.4 Gangguan Sejenis	35
PENGHARGAAN	i
2.3 Teori-Teori Gangguan Mental	36
SINOPSIS	iii
2.3.1 Model Perubahan (Medical Model)	38
DAFTAR KANDUNGAN	v
2.3.2 Model Labeling	41
DAFTAR JADUAL	ix
PETA III : LAYANAN KAWAT INSTITUTE DAS SURJEN	ix
3.1 Institusi	46
BAB I : PENGENALAN	1
1.1.1 Lokasi	46
1.1 Pendahuluan	1
1.1.2 Sejarah Perkembangan	47
1.2 Tujuan Kajian	3
1.1.3 Struktur Pentadbiran WPJ	46
1.3 Bidang Kajian	4
1.1.4 Struktur Aktiviti WPJ	46
1.4 Metodologi	5
1.2 Pentadbiran WPJ dan Klinik	50
1.5 Masalah Kajian	15
1.2.1 Mas	79
BAB II : KONSEP-KONSEP DAN MODEL-MODEL	19
2.1 Konsep Rawatan	19
2.2 Konsep Gangguan Mental	22
2.2.1 Psikosis	24
2.2.1.1 Psikosis Organik	25
2.2.1.2 Psikosis Fungsional	25
2.2.2 Neurosis	32
2.2.2.1 Neurosis Keluh Kesah	34
2.2.2.2 Neurosis Depresif	34

	<u>Halaman</u>
BAB IV : PSIKOSOMATIK DAN PERUBAHAN UNIT PENYERAPAN JINJA	35
2.2.3 Psikosomatik	35
2.2.4 Gangguan Sahsia	35
2.3 Teori-Teori Gangguan Mental	36
2.3.1 Model Perubatan (Medical Model)	38
2.3.2 Model Labeling	41
2.3.3 Medico-Legal	76
BAB III : LATARBELAKANG INSTITUSI DAN SUBJEK	46
3.1 Institusi	46
3.1.1 Lokasi	46
3.1.2 Sejarah Perkembangan	47
3.1.3 Struktur Pentadbiran UPJ	48
3.1.4 Struktur Kakitangan UPJ	48
3.2 Pentadbiran UPJ - Wad dan Klinik	50
3.2.1 Wad	50
3.2.2 Klinik	52
3.3 Subjek	53
3.3.1 Pengenalan Subjek	54
3.3.2 Perkaitan Jantina Dengan Gangguan Mental	56
3.3.3 Perkaitan Jantina Dengan Umur	59
3.3.4 Perkaitan Taraf Perkahwinan Dengan Umur	61
3.3.5 Aktiviti Yang Subjek Lakukan Sebelum Ke UPJ	64
3.3.6 Tempat Tinggal	64

	<u>Halaman</u>
BAB IV : PERANAN DAN OPERASI UNIT PERUBATAN JIWA	71
4.1 Objektif dan Peranan UPJ	71
4.2 Kemasukan Subjek (Admission)	72
4.2.1 Kemasukan Secara Sukarela	74
4.2.2 Kemasukan Mengguna Borang	75
4.2.3 Medico-Legal	76
4.3 Keluaran (Discharge)	79
4.3.1 Tatacara Mengeluar Subjek Bagi Kemasukan Jenis Medico-Legal	79
BAB V : RAWATAN	86
5.1 Somatik	86
5.1.1 Kaedah Pharmacotherapy	86
5.1.2 Kaedah Terapi Elektro Konvulsif (ECT)	95
5.2 Environmental	102
5.3 Interpersonal/Sosial	103
5.3.1 Terapi Rekreasi	106
5.3.2 Terapi Asuhan Carakerja (OT)	107
5.3.3 Psikoterapi	109
BAB VI : RUMUSAN DAN PENILAIAN	113
6.1 Rumusan	113
6.2 Penilaian	117
6.3 Cadangan	121

BIBLIOGRAFI

127

Halaman

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Jadual 1 : Kelakuan Devian dan Masalah Sosial	42
-----------------------------------------------	----

**LAMPIRAN DARI KERATAN AKHBAR (IV) Ke Wad UPJ
Bagi Bulan Januari 1986**

57

Jadual 3 : Perkaitan Antara Umur Dengan Jantina Subjek UPJ	60
---------------------------------------------------------------	----

Jadual 4 : Perkaitan Antara Taraf Persekolahan Dengan Kumpulan Umur	62
------------------------------------------------------------------------	----

Jadual 5 : Aktiviti Yang Subjek Lakukan Sebelum Ke UPJ	63
-----------------------------------------------------------	----

Jadual 6 : Tempat Tinggal Subjek	64
----------------------------------	----

Jadual 7 : Data Kemahukan Ke Wad UPJ Bagi Bulan Januari 1986	67
-----------------------------------------------------------------	----

Rajah 1 : Struktur Pemandirian UPJ	49
------------------------------------	----

Rajah 2 : Struktur Unit Perubatan Jiwa	51
----------------------------------------	----

Rajah 3 : Kehadiran Subjek Lelaki dan Perempuan Ke UPJ	55
-----------------------------------------------------------	----

Rajah 4 : Carta Kedatangan Subjek (OP) Ke Klinik UPJ Kota Bharu Dari 1hb, Januari 1983 Hingga 31hb, Disember 1983	56
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

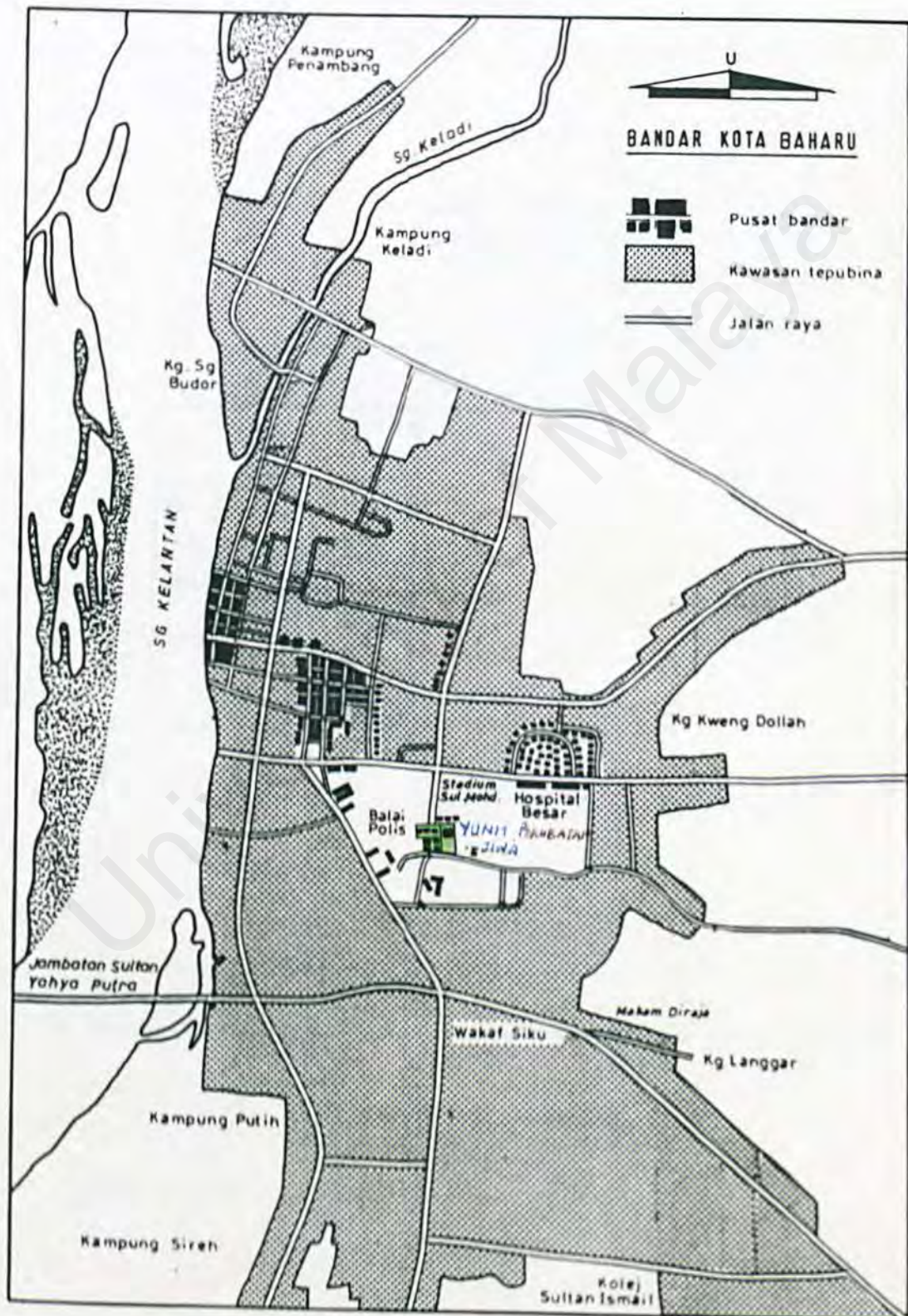
Peta 1 : Kekeliruan Kawasan Kajian	
------------------------------------	--

Peta 2 : Memunjukkan Lakaran Struktur Binaan UPJ	
-----------------------------------------------------	--

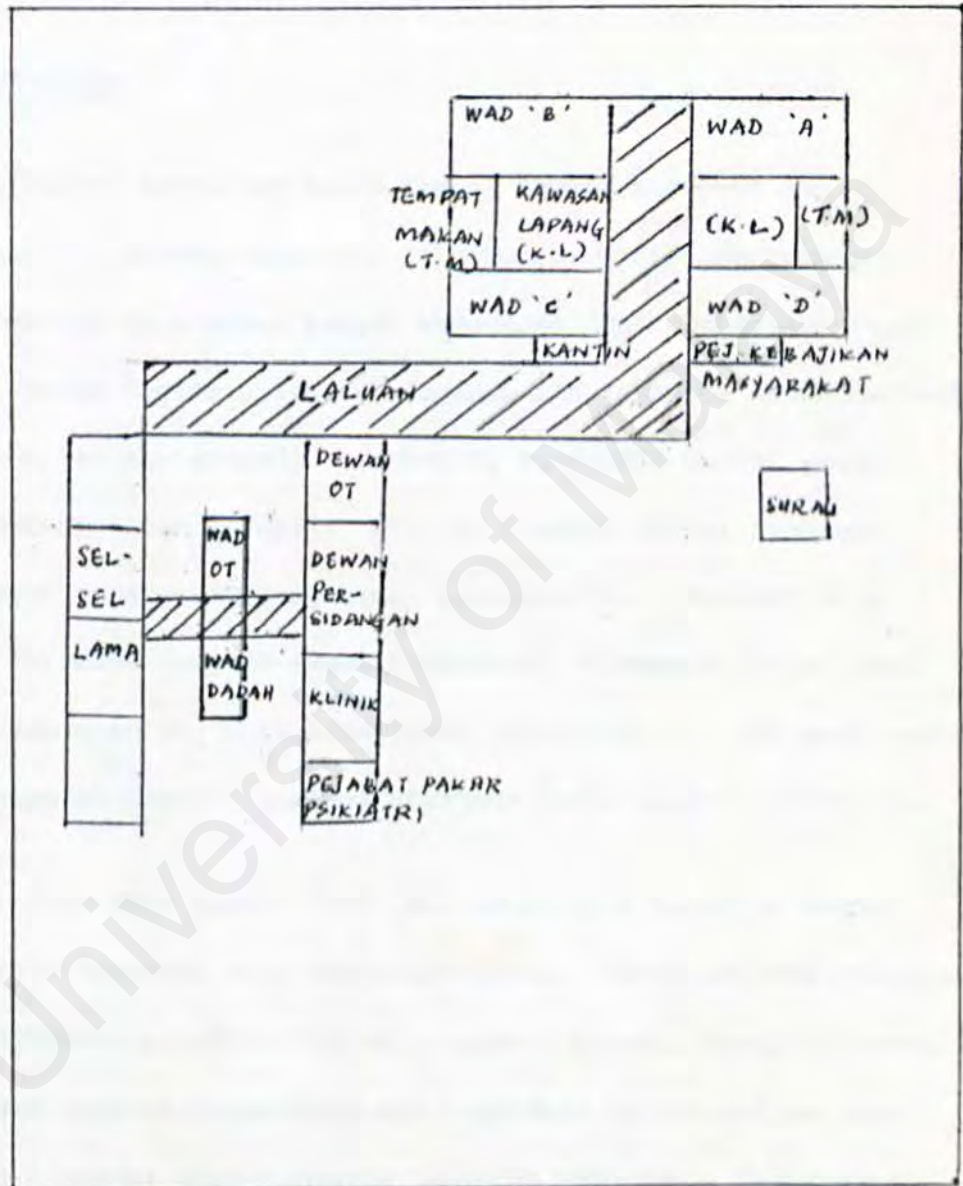
SENARAI JADUAL, RAJAH DAN PETA

	<u>Halaman</u>
Jadual 1 : Kelakuan Devian dan Masalah Sosial	42
Jadual 2 : Kemasukan Subjek (IP) Ke Wad UPJ Bagi Bulan Januari 1986	57
Jadual 3 : Perkaitan Antara Umur Dengan Jantina Subjek UPJ	60
Jadual 4 : Perkaitan Antara Taraf Perkahwinan Dengan Kumpulan Umur	62
Jadual 5 : Aktiviti Yang Subjek Lakukan Sebelum Ke UPJ	65
Jadual 6 : Tempat Tinggal Subjek	68
Jadual 7 : Data Kemasukan Ke Wad UPJ Bagi Bulan Januari 1986	82
Rajah 1 : Struktur Pentadbiran UPJ	49
Rajah 2 : Struktur Unit Perubatan Jiwa	51
Rajah 3 : Kehadiran Subjek Lelaki dan Perempuan Ke UPJ	55
Rajah 4 : Carta Kedatangan Subjek (OP) Ke Klinik UPJ Kota Bharu Dari 1hb. Januari 1983 Hingga 31hb. Disember 1983	85
Peta 1 : Kedudukan Kawasan Kajian	
Peta 2 : Menunjukkan Lakaran Struktur Binaan UPJ	

PETA MENUNJUKKAN TEMPAT KAJIAN



PETA LAKAR: STRUKTUR BINAAN UPJ



BAB I

PENGENALAN

1.1 Pendahuluan

Banyak kesulitan telah timbul dengan kemajuan dan perkembangan di bidang sains dan teknologi. Walau bagaimanapun tidak dinafikan ia membawa banyak kemudahan dan kebahagiaan kepada manusia. Namun begitu nilai kebahagiaan itu ternyata makin merosot. Oleh kerana terlalu mengejar kebendaan, kesihatan mental secara tidak disedari telah terabai. Malahan keadaan mental sentiasa berada dalam tegang dan tertekan. Lantaran itu, gangguan atau penyakit tersebut menjadi semakin menular. Fenomena inilah yang diistilahkan oleh Dr. Zakiah Daradjat dalam bukunya, "Peranan Agama Dalam Kesihatan Mental" sebagai "tragedi dunia moden". (1970: 11)

Alex Thio (1983: 282) pula menganggap gangguan mental sebagai satu fenomena yang tersangat lazim. Ianya melanda manusia sama sebagaimana penyakit fizikal, seperti demam. Gangguan mental yang ringan seperti ketegangan dan kemuraman seringkali melanda seseorang terutama akibat bebanan masalah seharian. Seandainya dibiarkan berterusan kedua-dua bentuk gangguan tersebut; fizikal dan mental, tanpa rawatan sewajar, akan makin merebak menjadi lebih teruk atau boleh membawa maut.

Dalam usaha untuk mendatangi masalah tersebut, terdapat berbagai-bagai usaha yang telah dilakukan; baik di Barat mahupun di negara-negara Timur. Dalam konteks negara Malaysia, usaha tersebut diperolehi secara moden, tradisional atau kedua-duanya sekali.

1.2 Tujuan Kajian

Bidang ini dipilih memandangkan selama ini masih terlalu kurang atau boleh dikata hampir tidak ada penyelidikan berhubung dengan kejiwaan yang pernah dilakukan apatah lagi, kajian yang menyentuh tentang proses rawatan, bentuk dan seumpamanya. Di Jabatan Antropologi dan Sosiologi, Universiti Malaya sendiri hanya ada seorang pelajar sahaja yang telah membuat kajian tentang kejiwaan ini sejak penubuhannya lebih 13 tahun yang lalu. Kajian tersebut telah dilakukan oleh Jaafar Othman yang bertajuk: "An Epidemiological Study of Mental Illness" dalam tahun 1973/74.

Ini memberikan gambaran bahawa seolah-olah gangguan dan rawatan bagi gangguan mental ini, tidak begitu memerlukan perhatian. Sehubungan dengan gambaran tersebut, jadi tidaklah menghairankan jika umum beranggapan bahawa orang-orang yang mengalami gangguan mental (mental disorder) ini, tidak memerlukan suatu bentuk rawatan yang benar-benar khusus dan terancang.

Sebaliknya pengkaji telah bersependirian seperti Lindzey dan Aronson iaitu:

"The personnel engaged in the direct treatment of the mentally ill come predominantly from four professions: psychiatry, psychology, nursing and social workers.

... the goal of training of all four is to develop a cadre who can perform some kind of interpersonal therapy."

(1968: 692)

Namun pengkaji ingin menambah seperkara lagi berhubung dengan kenyataan tersebut bahawa pihak pemerintah juga sebenarnya harus memainkan peranan yang lebih giat dalam usaha merawat fenomena ini.

Selanjutnya, kajian ini akan berusaha memberi penghuraian berhubung dengan bagaimana penggabungan tenaga antara pihak yang dinyatakan tadi boleh dilakukan untuk memahami dan seterusnya merawat mereka yang mengalami gangguan tersebut.

Kajian ini juga bertujuan untuk menunjukkan bahawa gangguan mental adalah sebenarnya lebih merupakan masalah sosial (Lindzey & Aronson, 1968: 690) dan satu bentuk kelakuan devian (Gibbons & Jones, 1975: 18). Dengan tanggapan yang sedemikianlah maka dirasakan perlu untuk pihak yang terlibat supaya berusaha lebih giat lagi untuk menghapuskannya atau setidak-tidaknya untuk mengurangkannya.

1.3 Bidang Kajian

Kajian kes ini dilakukan di Unit Perubatan Jiwa (UPJ) Hospital Besar Kota Bharu (HBKB) Kelantan. Hospital ini dipilih memandangkan UPJ merupakan satu-satunya 'institusi' di Kelantan yang dipertanggungjawabkan secara undang-undang untuk merawat para pesakit mental sebagaimana yang termaktub dalam Ordinan (Penyakit Jiwa) tahun 1952.

Kajian ini bertumpu kepada beberapa aspek. Pertamanya kepada aspek peranan UPJ itu sendiri. Berhubung dengan perkara ini, secara khususnya tumpuan akan diberikan kepada objektif UPJ ditubuhkan, struktur dan pentadbiran UPJ di wad dan klinik. Di samping itu, pengkaji akan turut menyentuh hal yang berhubung dengan penyelarasan dan organisasi kakitangan di sini.

Aspek kedua pula akan memperkatakan tentang latarbelakang subjek. Subjek ini sendiri terbahagi kepada 2 jenis iaitu subjek yang merupakan para pesakit mental dan mereka yang bukan pesakit mental sebaliknya kalangan mereka yang bertugas di UPJ ini serta orang-orang awam yang terlibat dengan para pesakit ini. Maklumat yang ingin didapati adalah seperti latarbelakang mereka, antaranya jantina, umur dan juga maklumat-maklumat lain yang difikir dapat memberi dan menambah maklumat untuk penerangan kepada kajian ini selanjutnya.

Aspek ketiganya pula adalah jenis-jenis rawatan yang ada di UPJ ini. Kajian ini juga ingin memastikan apakah corak pendekatan yang digunakan di hospital ini iaitu adakah pendekatan perubatan atau sosial-psikologikal; atau kedua-duanya sekali. Pengkaji juga ingin mengetahui apakah ubat-ubat yang digunakan, cara penggunaannya, fungsi dan falsafah di sebalik penggunaan teknik rawatan tersebut dan juga kesan yang diperolehi hasil daripada penggunaan rawatan tersebut.

1.4 Metodologi

Kajian ini dimulakan pada bulan April dan berakhir pada bulan Julai. Namun jumlah sebenar hari kajian adalah selama 7 minggu iaitu sepanjang bulan April kajian telah dijalankan secara intensif, pengkaji ke UPJ tiap-tiap hari dan ditumpukan kepada UPJ semata-mata manakala kajian selebihnya iaitu lebih kurang 3 minggu lagi dijalankan selepas bulan April dan seterusnya hingga ke bulan Julai kerana pengkaji lazimnya keluar melaku kajian hanya 2 kali dalam seminggu, bagi tujuan mendapat maklumat tambahan khususnya dari agensi kerajaan seperti Majlis Perbandaran Kota Bharu (MPKB), Unit Perancang Ekonomi Negeri (UPEN), Hospital Besar Kota Bharu (HBKB), Kementerian Kesihatan dan juga dari orang perseorangan.

Sebelum pengkaji melakukan kajian sebenar, pengkaji telah terlebih dahulu melakukan "pilot survey".

A. 'Pilot Survey'

Pengkaji mengguna kaedah ini khusus untuk membuat tinjauan awal terhadap tempat kajian, subjek dan para responden bagi memperoleh suatu gambaran dan memerhati atmosfera sosial di tempat kajian secara umum. Ini bagi memastikan pengkaji mampu menyesuaikan diri dengan persekitaran dalam usaha melakukan kajian yang lebih lanjut di Unit tersebut.

Pengkaji terlebih dahulu telah melakukan kunjungan ringkas ke UPJ. Pihak UPJ telah memberi maklumat ringkas berhubung dengan perjalanan institusi tersebut. Pengkaji diberi kesempatan menemui dan melakukan temubual tidak rasmi ke atas subjek (pihak UPJ merujuk sebagai "pesakit").

Sungguhpun kaedah ini lebih signifikan digunakan bagi mengemaskini draf terakhir bagi satu-satu soalselidik, ia juga dapat diguna dalam keadaan ketidakcukupan "literature" berhubung dengan subjek yang menjadi kajian. (Tandon B.C. 1979: 108). Hal inilah yang pengkaji sedang alami, maka dengan itu pengkaji memetik kaedah ini kerana kaedah-kaedah dalam kajian sebenar sememangnya terdapat persamaan dengan kaedah dalam 'pilot survey' ini.

Berhubung dengan kaedah ini, B.C. Tandon (1979) menyatakan bahawa:

"It may also result in changing the procedure for conducting survey."

Social Surveys and Research (Young, (hal. 109)

Selanjutnya beliau merumuskan sebagai:

"Pilot survey help a lot to the researcher in finalising the questionnaire, its design, and method of investigation to be conducted and proper limitation or extension of the coverage, etc."

(Ibid)

Kedimpulannya, satu kajian komprehensif terhadap data yang sedia ada.

Dalam kes pengkaji, kaedah tersebut membantu pengkaji

memilih teknik-teknik yang sesuai dan ia menepati dengan kajian

pengkaji. Masalah dipanggil satu kajian kes.

B. Kajian Kes adalah hal yang demikian, penggunaan pendekatan kajian

berbanding kajian lain, tidak dapat diabaikan sebagai satu kaedah

Selepas 'pilot survey' dilakukan, pengkaji mendapati dengan teknik rawatan selok sawah yang dilakukan oleh para pesakit bahawa cara yang paling berkesan untuk melakukan kajian mengenai perubahan, akan tetapi, pendekatan ini adalah perbandingan yang di samping rawatan jiwa ini adalah mengikut pendekatan kajian kes.

hal-hal yang diteliti ialah subjek dan para kakitangan Unit Selok

terpilih oleh Pauline V. Young (1966) mendefinisikan kajian kes sebagai:

C. Proses "The process of acquiring information individual by individual, in order to determine behavior patterns, attitudes and motivations."

(hal. 19)

kelompok kecil sebagai mewakili keseluruhan penduduk atau universiti

yang sedia. Sebaliknya Burgess pula mengistilahkan sebagai "the

social microscope" kerana teknik kajian ini membantu dalam kajian

ke atas tingkahlaku yang lebih khusus, tepat dan teliti.

Menurut Charles Horton Cooley dalam buku, "Scientific Social Surveys and Research" (Young, P.V., 1966):

"Kajian kes memperdalamkan lagi persepsi dan memberi kepada kita satu wawasan (insight) yang lebih jelas ke dalam kehidupan Ia mendapatkan tingkahlaku secara langsung dan bukan dengan cara tidak langsung, ataupun pendekatan abstrak."

(hal. 246)

Kesimpulannya, satu kajian komprehensif berhubung dengan unit sosial sama ada unit perseorangan, sekumpulan, institusi sosial (termasuk hospital, organisasi, industri dan sebagainya), sederhana atau satu komuniti adalah dipanggil satu kajian kes.

Dengan hal yang demikian, penggunaan rekabentuk kajian berbentuk kajian kes, tidak sekadar akan mengkaji aspek berhubung dengan teknik rawatan sebagaimana yang dilakukan oleh para pegawai perubatan, akan tetapi menekankan kepada perjalanan UPJ di samping hal-hal yang dilaku oleh subjek dan para kakitangan Unit dalam tempoh proses rawatan dijalankan.

C. Persampelan

Sememangnya bukan mudah untuk melakukan pemilihan satu kelompok kecil sebagai mewakili keseluruhan penduduk atau universe yang sebegitu besar jumlahnya. Dengan demikian, persampelan telah dilakukan bagi memperolehi gambaran tentang situasi yang diwakili agar data yang diperolehi bersifat 'representative'.

Mengikut Backstrom, C.H. dan Hirsch, G.D. (1963):

"Persampelan boleh ditakrif sebagai satu prosedur di mana penganalisa penyelidikan dapat membuat kesimpulan berdasar ciri-ciri dari kelompok para responden yang besar di mana lazimnya dirujuk sebagai satu universe penduduk dengan memeriksa ke atas temuramah terhadap kelompok terpilih dari kumpulan yang melaku aktiviti secara bersama."

(Dipetik dari Thuraiya Hj. Md. Zaiyad, 1984, hal. 12)

Masa untuk menemuramah kesemua subjek adalah terhad. Oleh kerana itu, persampelan kelak perlu dilaku dengan teliti supaya benar-benar mewakili keadaan atau atmosfera sosial di tempat kajian.

Seramai 50 orang telah diambil sebagai sampel. Bilangan ini dipetik dari kalangan subjek dalam wad dan yang menerima rawatan di luar wad (pihak UPJ merujuk mereka ini sebagai "outpatients"). Subjek dalam wad (inpatient) diambil seramai 20 orang; 10 orang lelaki dan 10 orang perempuan, manakala subjek "outpatient" (OP) seramai 30 orang; 15 orang lelaki dan 15 orang perempuan kesemuanya.

Secara umumnya pemilihan sampel tersebut dilakukan secara rawak. Kaedah ini khususnya terhadap pemilihan subjek dalam wad. Pengkaji telah memetik beberapa fail subjek dari setiap wad secara rawak di samping sedapat mungkin untuk mengimbangi bilangan pemilihan antara kedua-dua wad bagi perempuan. Demikian juga terhadap wad lelaki.

Manakala pemilihan terhadap subjek di luar wad adalah berdasarkan kepada penapisan yang dibuat oleh pegawai perubatan UPJ. Ini kerana beberapa kesukaran teknikal seperti terdapat terlalu banyak rekod yang disimpan. Akan tetapi hanya mereka yang datang untuk rawatan ulangan saja yang disenaraikan untuk pemilihan.

Seperkara lagi yang dianggap mustahak ingin pengkaji jelaskan terlebih dahulu di sini bagi tujuan mengelak timbulnya kekeliruan adalah berhubung dengan pemakaian istilah-istilah. Pengkaji telah mengguna istilah "subjek" bagi merujuk kepada mereka yang digelar sebagai pesakit mental dan pemakaian istilah tersebut khusus bagi kedua-dua jenis pesakit; luar dan dalam (outpatient and inpatient). Manakala bagi merujuk kepada kakitangan UPJ seperti jururawat dan pegawai perubatan akan diguna istilah "responden". Istilah yang sama juga diguna untuk merujuk kepada orang awam yang ditemui bagi tujuan kajian ini.

2. Kaedah-Kaedah Khusus

(a) Pemerhatian dan Pemerhatian-Penyertaan

Kaedah pemerhatian merupakan salah satu kaedah kajian yang penting dalam penyelidikan sains sosial. Selltitz (1959) turut mengakuinya dengan berkata:

"Observation is not the only one of the most persuasive acts of daily life, it is a primary tool of scientific inquiry."
(hal. 200)

Tandon (1979) telah menakrif pemerhatian sebagai:

"Systematic viewing coupled with
consideration of the seen phenomena."
(hal. 17)

Jika diteliti takrifan oleh Tandon tadi, dapatlah dikatakan bahawa kaedah tersebut adalah cukup tersusun serta begitu menitikberatkan fenomena yang telah dilihat itu.

Pengkaji telah berkesempatan melihat subjek dalam wad melakukan aktiviti-aktiviti dan menjalani rawatan sama ada yang dijalankan dalam wad mahupun sekitar UPJ. Dengan kaedah ini, pengkaji dapat merakam fenomena dan data semasa ianya berlaku. Ia juga dapat membantu untuk mengetahui kesahan maklumat-maklumat yang diberi semasa kaedah temuramah.

Sebaliknya melalui kaedah pemerhatian-penyertaan rakaman tingkahlaku atau fenomena dilakukan tanpa melalui subjek atau para responden yakni kakitangan UPJ. Seterusnya, pengkaji dapat melibatkan diri dalam perbualan atau perbincangan untuk mengetahui reaksi dan tanggapan mereka terhadap satu-satu perkara terutamanya berkenaan dengan rawatan. Kaedah ini juga dapat dijadikan sandaran untuk mengukuhkan kenyataan-kenyataan yang diberi oleh para kakitangan UPJ kepada pengkaji.

Berhubung dengan kaedah kajian di atas, Ting Chew Peh

(1983) menjelaskannya sebagai:

"Ia bererti pemerhatian, penyiasatan dan rakaman tingkahlaku dari fenomena sosial secara langsung oleh seseorang pemerhati.

... melalui kaedah pemerhatian-penyertaan seseorang pengkaji menyertai aktiviti tingkahlaku dan lain-lain aspek kelompok yang dikaji itu."

(hal. 77 - 78)

Pengkaji telah berpeluang menyertai beberapa program bagi subjek dalam wad dengan para responden yang bertugas di UPJ. Antara lain mengikuti penghantaran (discharge) subjek di daerah Pasir Mas, menyiasat kes di wad-wad Hospital Besar Kota Bharu, menyertai para pegawai perubatan melakukan 'review cases' serta ke klinik 'peripheral'.

(b) Temuramah

Ia merupakan satu lagi kaedah yang kukuh dan penting untuk pengutipan data terutamanya bentuk penyelidikan yang ada perkaitan dengan masalah-masalah sosial. Takrifan temuramah atau "interview" oleh Pauline V. Young (1966) adalah:

"Interviewing is an interactional process.
It is a mental view of each other."

(hal. 216)

Oleh kerana ianya satu proses interaksi ini berkemungkinan melahirkan satu hubungan sebab akibat kesan daripada hubungan dua pihak tadi.

Melalui kaedah ini, pengkaji dapat menggabungkan dua kaedah iaitu menyawal dan memerhati untuk mengumpul data. (Ahmad Mahdzan Ayob, 1983: 55). Di samping itu, ia dapat digunakan untuk melengkapkan data-data yang diperolehi.

Pengkaji menyediakan dan menggunakan "interview guide" iaitu dengan menyenaraikan terlebih dahulu soalan-soalan yang akan dikemukakan kepada subjek-atau para responden di UPJ. Penggubalan soalan-soalan tadi dilakukan hanya setelah pengkaji melakukan kaedah "pilot survey" serta mengkaji secara keseluruhan keadaan atmosfera sosial di UPJ dan subjek (dalam dan di luar wad). Soalan-soalan tersebut digunakan sebagai memandu teknik temuramah. Teknik tersebut juga disebut sebagai "structured interview" oleh P.V. Young kerana:

"A predetermined list of question is already there and the respondent is required to give answer to those questions."

(1966: 112)

Walau bagaimanapun pengkaji hanya melakukan perbualan biasa terhadap responden yang terdiri dari orang awam untuk mengetahui pandangan mereka terhadap subjek yang menerima rawatan di UPJ dan mereka yang bekerja di Unit itu.

(c) Data Sekunder

Takrifan yang diberi oleh K.M. Pandey dalam buku yang disunting oleh Tandon (1979) menyebut teknik ini sebagai:

"... to that already recorded for some other purpose but used in the particular research project."

(hal. 66)

Data sekunder merupakan sumber yang diperolehi sama ada dari data dokumentari atau kerja lapangan. Ia sebenarnya data yang telah direkodkan bagi tujuan yang lain tetapi telah diguna dalam projek penyelidikan yang tertentu.

Dalam konteks kajian pengkaji, data tersebut yang kebanyakan dalam bentuk kad-kad yang difail bagi kegunaan pihak UPJ telah dipetik sebagai sumber untuk mengesah maklumat yang diperolehi melalui teknik temuramah dan yang seumpamanya. Di samping itu juga bagi mendapat data berbentuk statistik seperti bilangan kedatangan ke klinik 'peripheral', yang tidak mungkin pengkaji perolehi dalam jangkamasa kajian yang sebegitu singkat dan terhad.

(d) Penyelidikan Perpustakaan

Penyelidikan di perpustakaan bertujuan untuk mendapatkan bahan-bahan yang sesuai dengan kajian terutamanya untuk pemahaman tentang teori dan konsep-konsep yang akan diguna dalam penulisan latihan ilmiah ini. Kaedah ini juga diguna untuk menyokong data-data yang diperolehi dari kajian.

Pengkaji mengguna kaedah ini sebelum dan sesudah kerja lapangan. Sebelum kerja lapangan, ia dilakukan bagi memperoleh

gambaran abstrak aspek-aspek yang berhubungan dengan gangguan serta rawatan mental. Sesudah kajian pula, kaedah ini diguna sebagai menyokong, memperkemas dan memperlengkap maklumat yang diperolehi.

Menurut pandangan Ahmad Mahdzan Ayob (1983) dalam bukunya, "Kaedah Penyelidikan Sosio-Ekonomi" teknik penyelidikan perpustakaan antara lain ialah:

"... untuk menentukan sama ada penyelidik lain pernah membuat kajian yang sama, atau yang ada hubungan dengan tajuk yang telah dipilihnya itu."

Seterusnya beliau menambah:

"... memberi peluang kepada penyelidik mempelajari dari pengalaman orang lain, di samping memperbaiki kaedah-kaedah yang pernah digunakan oleh mereka."
(hal. 36)

Tegasnya, kaedah ini dapat dijadikan panduan untuk menjalankan kajian dan semasa penulisan latihan ilmiah kelak. Kaedah ini dijalankan di beberapa perpustakaan seperti di Jabatan Antropologi dan Sosiologi, Universiti Malaya serta Perpustakaan Besar Universiti Malaya.

1.5 Masalah Kajian

Masalah utama adalah berhubung dengan ketepatan maklumat.

Ini kerana kehadiran pengkaji ke UPJ ini sering disalahtafsir sebagai diperalahi. Hal ini begitu kerana dalam tentara untuk mencari subjek

seorang pegawai perubatan sama ada oleh kakitangan dalam wad, klinik mahupun di kalangan subjek yang sedang menjalani rawatan dalam wad.

Dengan ini maklumat-maklumat yang mereka cuba sumbangkan lebih bersifat untuk makluman seorang pegawai perubatan atau dari perspektif perubatan. Ini makin menjadikan pengkaji bersifat terlalu bergantung kepada laporan dan sumber dari pegawai perubatan dan para jururawat sebagai sumber utama, terutamanya jika subjek dalam wad yang ingin pengkaji temui, masih dalam keadaan "unsettled behavior".

Malahan pengkaji sendiri seolah-olah digalakkan untuk bertindak selaku seorang pegawai perubatan ketika ingin menemuramah subjek tersebut sebagai alasan untuk berjaga-jaga. Akibatnya, satu hubungan 'rapport' agak sukar untuk dicapai. Misalnya pengkaji lebih digalakkan untuk menemui atau menemuramah subjek di tempat agak terbuka dan untuk menemuramah subjek dalam wad lelaki, memerlukan seorang kakitangan Unit selaku pengawal sebagai "precaution" jika berlaku keadaan seperti gejala gangguan mental yang mereka alami muncul semula. Dengan ini, subjek tadi agak tidak bebas untuk menyuarakan pendapat mereka. Hal ini dikesan hanya bila pengkaji berkesempatan menemui mereka beberapa ketika di waktu yang berbeza atau ketika kakitangan sibuk melaksanakan lain-lain tugas.

Faktor kesuntukan masa turut mempengaruhi mutu sumber yang diperolehi. Hal ini begitu ketara dalam konteks untuk menemui subjek

yang datang ke UPJ bagi menerima rawatan pesakit luar. Mereka tadi hanya datang untuk rawatan ulangan pada masa dan hari-hari yang telah ditetapkan oleh pihak UPJ saja. Jadi seandainya ingin menemubual mereka sebagai contoh dalam persampelan, pengkaji mesti pastikan yang ianya dapat disudahkan dan bahan diperolehi itu cukup dan lengkap pada hari itu juga. Hal ini tidak dapat dilakukan kerana kesuntukan masa sedangkan ianya perlu, untuk mewujudkan satu suasana yang mesra dengan subjek tersebut bagi memastikan maklumat dapat dikeluarkan secara bebas, terbuka dan spontan.

Pemilihan sampel juga telah timbul masalah. Dalam pemilihan sampel timbul kesulitan disebabkan oleh kepantasan aliran keluar-masuk subjek serta keadaan diri subjek yang tidak dapat dijangka bila kemungkinan akan muncul gejala gangguan mental mereka semula. Adakalanya apabila gejala tersebut menyerang semula, anggota keluarga mengambil tindakan membawa subjek pulang ke rumah untuk sementara waktu. Lazimnya jangka masa tersebut melebihi 7 hari sedangkan subjek tersebut telah terpilih sebagai sampel pengkaji. Dengan yang demikian subjek ini terpaksa digugurkan kerana proses rawatan yang mereka jalani di UPJ ini - tempat kajian - telah terganggu.

Dalam kaedah pemerhatian dan penyertaan juga ada masalah. Pengkaji mesti peka dan arif tentang waktu yang sesuai untuk melakukan pemerhatian terutama di sebelah wad lelaki kerana adakala mereka berada dalam keadaan yang kurang sesuai misalnya 'naik angin' dan

mereka akan memarahi dan agak tidak bertanggungjawab dalam pengucapan mereka.

Demikian juga terdapat masalah dalam kaedah penyertaan kerana tidak banyak aktiviti dan program yang dapat pengkaji ikuti dalam persekitaran sebegini atas dasar keselamatan diri di samping kerana arahan dari pihak Unit ini.

Terdapat satu lagi masalah yang tidak kurang juga pentingnya. Ianya berhubung dengan kenyataan di tempat kajian dengan apa yang sebenar dalam rangka perancangan kajian pengkaji. Pengkaji berhasrat untuk menumpu hanya semata-mata kepada perkara yang menyentuh rawatan jiwa/mental secara langsung. Tegasnya, aspek rawatan akan ditekankan pada jenis rawatan berbentuk sosial-psikologikal. Namun apa yang terdapat di tempat kajian secara keseluruhannya dicirikan oleh rawatan berlatarbelakangkan ilmu perubatan dan ini sememangnya di luar bidang pengetahuan pengkaji sendiri. Seterusnya pula, rawatan berpendekatan sosial-psikologikal sendiri ternyata begitu sedikit. Oleh yang demikian, alternatif yang diambil adalah dengan cara menggabung kedua-dua rawatan dan institusi UPJ (tempat kajian) dan melihat bagaimana kedua-duanya saling mempengaruhi dan berfungsi.

BAB II

KONSEP-KONSEP DAN MODEL-MODEL

Pelbagai istilah khusus yang begitu meluas digunakan di kalangan pihak perubatan serta sebilangan kecil lain-lain pihak seperti ahli sosiologi dan ahli psikologi.

2.1 Konsep Rawatan

Terdapat percanggahan pendapat antara para sarjana berhubung dengan istilah 'rawatan'. Ini mungkin disebabkan oleh terlalu seringnya istilah yang berbeza itu ditukarganti penggunaannya dan ini seterusnya telah menyebabkan wujudnya kekeliruan terhadap penafsiran sebenar istilah tersebut. Di antara contohnya, 'rawatan', 'latihan', 'reform' dan 'rehabilitation'. (Bean, 1976: 4).

Roger Hood berpendapat 'latihan' membawa maksud usaha secara sedar untuk mempengaruhi sikap orang lain. Sebaliknya 'rawatan' adalah merupakan cara-cara untuk membantu pesalah mengatasi masalah yang dihadapinya atau dalam konteks kajian ini, cara membantu subjek mengatasi masalah gangguan mental. Seterusnya, 'rehabilitation' menurut pandangan falsafah moden pula adalah mengaplikasi 4 fasa secara berperingkat-peringkat; pengawasan atau percubaan, latihan berinstitusi, rawatan dan akhirnya parole (seliaan). (Bean, 1976: 5-6)

Jadi menurut takrifan tersebut, rawatan adalah termasuk salah satu fasa dalam perencanaan dalam memenuhi matlamat rehabilitasi. Malahan Kassebaum dan rakan-rakannya (1971) menyatakan bahawa:

"Among the means devised to accomplish the goal of rehabilitation are a variety of treatment programs."

(Kassebaum, et. al., 3)

Berhubung dengan penggunaan istilah, dalam bidang psikologi istilah 'terapi' lebih meluas digunakan manakala UPJ pula memakai istilah 'perubatan jiwa' sebagai maksud merujuk kepada rawatan mental. Dalam usaha meneroka arah rawatan:

"All treatments are directed towards improving the adjustment of the mental patients, specific aims of necessity vary somewhat with the patients and with the therapeutic facilities which are available."

(Jaafar Othman, 1973: 31)

Namun dalam keterbatasan dari segi kemampuan subjek serta kemudahan tadi, James A. Coleman (1964) berpendapat semua rawatan mempunyai matlamat-matlamat untuk: (1) 'physical improvement' (2) 'psychological improvement' dan (3) 'sociological improvement' (Jaafar, 1973: Ibid). Menurut beliau, pembaikan secara fizikal bermaksud membaiki keadaan fizikal secara umum dan membetul ataupun mengurangkan sebarang 'patologi organik'. Manakala dari segi psikologikal pula termasuklah mengubahsuaikan bentuk reaksi yang tidak betul di samping mempertingkatkan lagi 'effective coping techniques' serta membuka jalan kepada subjek

untuk mencapai 'self-actualization' dan kematangan. Matlamat dari sudut sosialnya merangkumi pembedahan kepada apa juga keadaan yang muncul dalam penghidupan subjek yang memungkinkan atau menyulitkan mereka mencapai 'an adequate personality adjustment'.

Walau bagaimanapun 'rawatan' bukanlah bersifat objektif. Ini kerana ia begitu dipengaruhi oleh angkubah-angkubah sosial seperti alam sekitar misalnya alam sekitar dalam wad, klinik dan seumpamanya, layanan pihak institusi terhadap subjek yang dirawatnya, syarat-syarat atau ketetapan oleh pihak institusi dan juga ganjaran atau pengukuhan yang subjek terima. Demikian juga untuk menentu jenis-jenis rawatan turut menghadapi keadaan yang sama sebagaimana yang dinyatakan oleh Howard E. Freeman dan Jeanne M. Giovannoni bahawa:

"... types of treatment are clearly determined by the interaction of medical and social variables."
(Lindzey & Aronson, 1968: 691)

Bagi keperluan kajian ini, pengkaji telah mengguna konsep rawatan dalam skop pengertian yang lebih khusus iaitu sebagai suatu tindakan yang bermatlamat untuk mengurangkan gejala gangguan mental seberapa yang mungkin dalam tujuan membolehkan subjek kembali memainkan peranan masing-masing dalam masyarakat. Tindakan bermatlamat ini memerlukan intergrasi peranan antara pihak institusi dengan subjek itu sendiri.

2.2 Konsep Gangguan Mental

Terlebih dahulu ingin pengkaji tegaskan bahawa pengertian istilah 'gangguan mental' tidak akan dibincangkan dalam penerangan terhadap konsep. Akan tetapi, sebaliknya akan disentuh secara lebih lanjut lagi dalam bahagian teori nanti. Ini kerana akan memudahkan lagi untuk memahami pengertiannya kelak.

Kategori dan Jenis Gangguan Mental

Gangguan mental mempunyai beberapa tingkat dan jenisnya. Usaha penggolongan tersebut dilakukan oleh para psikiatri. Menurut Alex Thio (1983: 238), para psikiatri telah menggolongkan gangguan mental kepada 2 jenis utama iaitu 'gangguan organik' (organic disorder) dan 'gangguan fungsional' (functional disorder).

Kedua-dua jenis tersebut mungkin menampilkan simptom-simptom¹ yang serupa (Thio, 1983: 283). Antara lain misalnya halusinasi, delusi serta lain-lain gangguan dalam tingkahlaku. Namun kedua-duanya masih boleh dibeza berdasar kepada punca-punca di sebalik simpton yang ditonjolkan itu. Gangguan organik berpunca dari kerosakan pada bahagian kepala yang mungkin disebabkan ketumbuhan (tumor), kecederaan kepala, sipilis, keracunan logam, umur yang lanjut atau lain-lain bentuk kerosakan fizikal yang teruk (acute). Contoh gangguan jenis ini termasuk dementia, delirium dan pelbagai jenis terencat akal yang teruk. (Wing, 1978: 48)

Manakala gangguan fungsional pula dipercayai berpunca dari faktor-faktor psikologikal dan sosiologikal (Thio, 1983: Ibid). Menurut J.K. Wing (1978), berhubung dengan gangguan jenis ini adalah:

"The term 'functional' simply indicates that no structural abnormality or organic cause is definitely known; the syndromes can be formulated only descriptively, in terms of impairments of function."

(hal. 49)

Beliau selanjutnya berpendapat, gangguan jenis inilah yang banyak membangkitkan isu sosial, masalah pengurusan jangka panjang dan dalam perancangan perkhidmatan. Tambahan pula ianya:

"... constitutes a much larger category of mental disorders than does organic disorder."

(Thio, 1983: 283)

Para ahli psikologi dan sosial sendiri pada dasarnya lebih berminat melakukan kajian terhadap gangguan jenis ini.

Gangguan fungsional dapat dibahagi kepada 3 subkategori iaitu psikotik, neurotik dan gangguan tingkahlaku (character disorder) (Thio, 1983: Ibid). Secara umum, mereka yang mengalami gangguan psikosis atau dikenali dengan psikotik tadi, merupakan mereka yang terputus hubungan dengan realiti. Manakala mereka yang mengalami gangguan jenis neurosis atau neurotik, terhasil dari bimbangkan hal yang remeh-temeh secara konstan.

Gangguan tingkahlaku atau antisosial pula adalah satu kategori umum untuk segala bentuk kelakuan devian yang para ahli psikiatri fikirkan tidak dapat didiagnosiskan sama ada dari jenis psikotik ataupun neurotik. Gangguan jenis ini juga dikenali sebagai gangguan personaliti (sahsiah) atau 'sociopathic' (psychopathic). (Thio, 1983: 286).

2.2.1 Psikosis

Menurut 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' edisi ketiga (DSM - III), psikosis sebenarnya memerihalkan tentang 'degree of severity, not a specific disorder' (Tomb, 1981: 2). Mereka yang dikata mengalami psikosis mempunyai 'grossly impaired sense of reality' dan menghadapi ketidakmampuan kognitif dan emosi. Di samping itu juga, mereka mengalami gangguan orientasi terhadap masa, tempat dan orang. Perhatian mereka dapat ditarik untuk waktu yang singkat sahaja. Mereka dalam keadaan keliru dan bingung kerana ilusi. (Candiah, 1981: 123). Dengan yang demikian menjadikan mereka menghadapi kesukaran melaku komunikasi malahan tidak berkeupayaan menerima kawalan sosial. Lantaran itu mereka dianggap tidak bertanggungjawab seterusnya pula dimasukkan ke hospital bagi tujuan keselamatan; diri mereka dan masyarakat. (Weinberg, 1970: 388).

Psikosis mempunyai dikotomi asas iaitu jenis organik dan jenis fungsional.

(a) Psikosis Organik

Ia diguna bagi merujuk gangguan yang secara etiologinya dihasilkan oleh kerosakan fizikal dan organik. Ianya boleh wujud semasa demam panas, kegagalan fungsi jantung, mabuk disebabkan dadah dan arak ataupun kerana gangguan pada kelenjar endokrina, metabolisme dan kekurangan zat makanan. Misalnya, kekurangan glikogen, ketiadaan zat vitamin terutama vitamin B kompleks, kekurangan oksigen dalam otak khususnya bagi kes pengidap penyakit paru-paru kronik, kekurangan cecair dalam badan di samping elektrolit yang tidak seimbang. (Candiah, 1981: 123 - 124).

Gejala yang dapat dikesan adalah termasuk delirium, kesedaran secara kabur saja, keliru dan mengalami gangguan orientasi serta tidak dapat memisahkan ingatan pengalaman sebenar dengan pengalaman khayalan. Gejala khayalan inilah yang menjadikan punca mereka bertindak ganas dan agresif.

Sebagai rumusan, jika berdasar kepada klasifikasi oleh Alex Thio (1983) tadi, gangguan jenis ini tergolong dalam kategori 'gangguan organik'.

(b) Psikosis Fungsional

Ia dicetus akibat konflik emosi yang amat sangat. Ketegangan yang terhasil itu, mempengaruhi fungsi sahshiah yang seterusnya menjadikan

organism terganggu dan tidak dapat berfungsi (Weinberg, 1970: 389). Jadi, gangguan dalam sahsiah biososial inilah yang mempengaruhi dan melahirkan gangguan psikosis jenis ini dan bukannya dicetus oleh organism. Dengan yang demikian, ianya digolong sebagai 'gangguan fungsional'.

Psikosis fungsional dapat dibahagi kepada 4 kelompok utama; skizofrenia, mania (manic depressive psychosis - MDP), dukacita atau melankolia dan puerperal.

i. Skizofrenia

Ia merupakan sekumpulan penyakit atau gangguan psikosis fungsional yang teruk. Seseorang itu akan mengalami gangguan pemikiran, emosi dan kelakuan sehingga menyebabkan kerosakan sahsiah sepenuhnya. Keadaan ini terjadi tanpa kehadiran penyakit badan ataupun otak.

Gangguan jenis ini boleh dialami oleh semua golongan masyarakat dalam semua lapisan sosial dan kebudayaan di merata ceruk dunia. Biasanya ia melibatkan peringkat umur belasan tahun dan permulaan dewasa kerana ia dikenali 'masa pancaroba' (Candiah, 1981: 61). Pada masa dulu ia dikenali sebagai dementia praecox (psychosis of adolescence) (Jaafar, 1973: 18). Namun, seandainya gejala gangguan ini ditunjukkan oleh anak belum baligh, ianya disebut 'Juvenile schizofrenia' (Candiah, 1981: 61).

Gangguan jenis ini adalah sejenis penderitaan jiwa yang mempunyai gejala klinikal, menampakkan ciri-ciri antara lain termasuk gangguan pemikiran dan percakapan misalnya tajuk yang dibualkan oleh mereka tidak ada perkaitan antara satu dengan lain ataupun menghadapi kebuntuan fikiran dan juga mungkin semasa bercakap terhenti secara tiba-tiba dan menyambung semula dengan tajuk yang lain pula. Adakalanya pula, mereka memberi jawapan yang tidak relevan dan tidak rasional.

Ciri yang lain-lainnya termasuklah mempunyai kepercayaan palsu (delusi) yang tidak dapat diakui oleh orang normal, selain berkhayal dan tenggelam dalam alam fantasi yang menyebabkan mereka lebih suka mengasingkan diri (autism), gangguan 'affect' iaitu menampakkan air muka yang sama sepanjang masa (flat affect) atau mempunyai dua bentuk sikap yang kontra misalnya, terlalu sayang dan terlalu benci (ambivalence). Demikian juga mempunyai gangguan persepsi dalam bentuk halusinasi sama ada halusinasi suara, sentuhan, penglihatan, bau ataupun rasa.

Skizofrenia mempunyai beberapa jenis yang dapat dikelompokkan sebagai sederhana (simple schizophrenia), hebefrenik, katatonik, paranoid.

'Simple schizophrenia' mempunyai ciri-ciri seperti hilang minat dalam apa yang dilakukan di sekitarnya, emosi dan sensitif

mereka kurang di samping berperasaan tidak peduli dan mengabaikan kekemasan diri. Mereka tiada kemahuan untuk memajukan diri.

Lantaran itu, mereka beransur-ansur gagal dalam kemajuan sosial hinggalah ada yang terjerumus sebagai pengemis, penjenayah ataupun pelacur (Candiah, 65). Ia kerap bermula dari remaja dan keadaannya makin lama makin teruk. Namun tiada tanah yang menunjukkan gangguan fikiran, khayalan atau delusi.

Jenis hebefrenik pula terjadi secara perlahan-lahan. Oleh itu, ia mencetus keretakan peribadi yang teruk. Ia bermula dengan kesukaran untuk berfikir seterusnya menjadi progresif hingga membuat mereka seolah-olah sentiasa berada dalam keadaan mimpi. Sejarah kelakuan mereka tertumpu kepada agama dan falsafah (Candiah, 1981: 65 - 66). Kemudiannya ia berubah menjadi kemarahan yang melampau dengan sifat idealistik, mempunyai halusinasi suara atau penglihatan dan delusi yang berkaitan dengan nafsu, agama, penyiksaan, percakapan mereka sukar difahami serta hipokondriakal, yakni mengadu tentang penyakit badan yang tidak berasas.

Katatonik pula mempunyai perkaitan dengan keadaan mimpinya, kekurangan daya, kecerdasan akal kurang dan perlahan-lahan menarik diri dari pergaulan biasa. 41% dari bentuk gangguan adalah jenis ini (Candiah, 1981: 66). Terdapat 2 fasa iaitu keadaan stupor iaitu tidak ambil berat mengenai diri dan alam sekitar, suka membisu, menolak makanan dan enggan gerakkan badan mereka. Fasa kedua atau

fasa 'excitement' yakni mudah terpengaruh dengan gerak hati terutama untuk menyerang orang, berhalusinasi dan berkelakuan yakni berjalan tanpa tujuan serta cuba membunuh diri.

Oleh kerana perubahan dari fasa stupor ke fasa 'excitement' mengambil masa beberapa jam, hari atau minggu, maka prognosisnya (ramalan pemulihan) perlulah dirancang.

Paranoid pula biasanya tidak boleh mempunyai kejenaan dan amat sensitif terhadap penghinaan, bersifat menyerang dan sakit hati terhadap disiplin yang dikenakan terhadapnya. Mereka menunjukkan kegagalan untuk bercampur-gaul dan mempunyai konflik emosi yang progresif terhadap kejadian benar dalam kehidupan seharian. Kelakuan tertumpu kepada kepercayaan palsu. Oleh itu, mereka tidak mampu membuat penilaian dan berkelakuan merbahaya dan sukar diramal, bertindak membinasa harta benda kerana mengikut perintah halusinasi penglihatannya.

ii. Mania (Manic Depressive Psychosis - MDP)

Ia merupakan sejenis psikosis yang mempunyai sifat-sifat perasaan gembira, kepercayaan palsu mengenai keagungan, aktiviti psikomotor yang berlebihan serta pengeluaran isi fikiran yang keterlaluan. Ia mempunyai 2 tahap iaitu mereka akan menunjukkan perasaan sedih diikuti dengan perasaan gembira dan rangkaian kelakuan sebegini berlaku dalam jangka masa yang panjang.

Dalam tahap mania, mereka menunjukkan rasa hati yang tidak stabil serta ide yang diutarakan tidak ada kaitan antara satu dengan lain di samping menonjolkan aktiviti yang keterlaluan.

Dalam tahap dukacita, mereka berada dalam keadaan letih ekoran dari aktiviti fizikal tadi. Seterusnya, mereka menjadi sukar untuk berfikir dan jika melaku sesuatu, ianya dalam keadaan sedih.

Jenis mania termasuklah hipomania, acute, meracan dan dukacita (melankolik). Pengkaji hanya akan membincang tentang jenis dukacita saja kerana ianya lebih sering terdapat di UPJ.

iii. Dukacita (Melankolia)

Dukacita boleh dianggap keadaan hati yang muram. Ia merupakan gejala yang berkaitan dengan penyakit fizikal. Setengah dari mereka, sentiasa gelisah, berduka dan terialu memikirkan sangat apa yang dilakukan. Mereka lebih suka menyalahkan diri atas apa yang berlaku dari bersikap menentang. Dengan berbuat demikian mereka merasa dapat mengatasi kegagalan dan kekecewaan. Namun bila mereka mengalami penderitaan emosi yang berlebihan mereka akan cuba membunuh diri. Gejala-gejalanya yang utama ialah:-

1. Suasana hati yang duka
 2. Fikiran yang lembab
 3. Pergerakan fizikal dan geraklaku otot yang berkurangan
- (Candiah, 1981: 82)

Emosi yang ketara ialah putus asa, muram, risau, tidak mempunyai harapan untuk hidup, berasa tidak bermaya dan hilang minat terhadap diri, orang lain dan jika keadaannya teruk, mereka cuba membunuh diri. Dukacita mempunyai dua jenis; sederhana atau reaktif dan endogenus (iaitu jenis acute, stupor dan involusi). Jenis sederhana adalah disebabkan reaksi terhadap sesuatu kejadian dalam alam sekitar mereka. Ianya makin reda apabila punca kejadian dapat diatasi dan dapat menerima hakikat keadaan itu sambil mempelajari cara mengatasinya. Sebaliknya kesemua jenis endogenus adalah seakan-akan dalam fasa depresif (Candiah, 1981: 84) iaitu dalam suasana hati yang amat muram seterusnya fikiran menjadi lembab, memberi jawapan yang terlalu lambat, tidak aktif serta suka mengasingkan diri. Lebih bahaya lagi, mereka cuba bertindak membunuh diri sebagai jalan mengatasi penderitaan jiwa (Candiah, 1981: Ibid).

iv. Puerperal

Ia merupakan psikosis yang berlaku masa nifas atau dalam pantang selepas bersalin. Ibu yang bersalin boleh menghadapi penyakit psikosis bila-bila masa saja dalam jangkamasa 1 tahun lepas bersalin. Menurut Puraneswari Candiah (1981), antara 1,000 orang yang bersalin hanya seorang yang diserangnya. Si ibu tadi pula berkemungkinan 50% menghadapi psikosis jenis ini dalam tempoh 2 minggu yang pertama dalam pantang. Kebanyakan mereka menunjukkan gejalanya antara hari ketiga hingga ketujuh selepas bersalin. Ia dipengaruhi oleh faktor

seperti lemah semangat untuk menghadapi kelahiran, kandungan anak tidak diterima oleh suami atau isteri, kekacauan dalam hubungan suami isteri, tekanan psikologi dan sosial serta keluaran kelenjar tiroid yang keterlaluan.

Psikosis puerperal boleh menggambarkan apa saja jenis psikosis. Satu gejala lain yang boleh dilihat, ia boleh terjadi secara berturut-turut atau satu gejala itu hadir bersama lain-lain gejala seperti dukacita, mania dan skizofrenia. Menurut Armstrong Jones:

"Gejala-gejala dalam psikosis puerperal kerap kali bermula dengan kesukaran untuk tidur. ... Pesakit berada dalam keadaan meracau dan keadaan ini kejap muncul kejap hilang."
(Candiah, 1981: 109)

Mereka merasa keliru di masa tertentu di samping suhu budak yang tinggi dan keadaan gelisah walau terhadap perkara yang kecil dan ianya keterlaluan disebabkan sepsis puerperal.

2.2.2 Neurosis

Satu lagi bentuk gangguan fungsional adalah dinamakan neurosis. Ianya dikatakan agak kurang teruk berbanding dengan jenis psikosis memandangkan terdapat cuma sedikit saja penyelewengan dari realiti. Kebanyakan neurotik (mereka yang mengalami neurosis) kelihatan dalam keadaan normal dan melakukan kerja sebagaimana yang

dibuat oleh mereka yang normal.

Namun yang menjadi masalahnya mereka tidak dapat menikmati rasa gembira disebabkan oleh gejala neurosis yang ditanggungnya. Justeru itu perasaan cemas berbaur dengan bimbang dialaminya, ekoran dari konflik dari dalam diri mereka dengan tekanan luar. Menurut Candiah (1981), tekanan tersebut dikawal oleh mekanisme yang antara lain adalah represi (penindasan), konversi (perubahan), disosiasi (pemisahan dari ingatan), penggantian, pengelakan fobia (menjauhkan diri kerana ketakutan) dan disebabkan oleh tindakan berulang.

Secara umum, semua neurotik mempunyai perasaan bimbang dalam berbagai bentuk, permulaan gangguan adalah secara acute atau mendadak dan dalam kebanyakan hal mereka masih sedar tentang realiti kecuali jenis neurosis histeria. Dari segi sahsiah pula adalah tidak terganggu. Manakala kehidupan sosial serta pekerjaan mereka berjalan seperti biasa.

Neurosis dapat dikelompokkan kepada 6 jenis. Keenam-enam tersebut adalah jenis keluhan kesah atau bimbang (anxiety), histeria, psikosomatik, fobia, obsesif kompulsif, hipokondriakal dan depresif. Oleh kerana di UPJ sendiri lebih lazim berhadapan dengan hanya 2 jenis neurosis iaitu jenis keluhan kesah dan depresif saja, maka hanya jenis tersebut yang pengkaji akan perincikan dalam perbincangan ini.

(a) Neurosis Keluh Kesah (Anxiety)

Neurosis jenis ini telah ditafsir sebagai emosi yang seakan-akan perasaan ketakutan. Sebahagian dari peribadi atau sahsiah seseorang itu bergerakbalas seolah-olah ada suatu bahaya yang akan menimpa dirinya (Candiah, 1981: 45). Jika ketakutan itu tidak begitu terasa ia dipanggil kebimbangan terapung bebas. Sebaliknya, jika ia berkecamuk dan mengganggu aktiviti harian dan mengurangkan produktiviti seseorang itu akan dikenali dengan 'panik'. Manakala panik ini boleh melemahkan penumpuan fikiran, daya ingatan, pendapat yang abstrak dan kecekapan psikomotor (Candiah, 1981: Ibid). Gejalanya dapat dicam melalui aduan sakit atau ketegangan di kepala, gangguan fungsi usus, keletihan dan seumpamanya.

Perasaan keluh kesah mendorong seseorang sentiasa berwaspada, mudah marah dan tidak berfikiran waras. Mereka menumpu sepenuh perhatian pada diri sendiri dan tidak mempeduli orang lain. Walau bagaimanapun, sahsiah mereka pula tetap berada dalam keadaan sediakala.

(b) Neurosis Depresif

Jenis ini sering dikaitkan dengan kehilangan seseorang yang dikasihi, benda-benda yang dihargai atau kedudukan yang dihormati dalam masyarakat (Candiah, 1981: 45). Ianya bermula dari rasa sedih dan berubah atau kembali seperti asal.

Gejala-gejalanya yang lazim termasuklah tiada selera makan, menangis, tidak cukup tidur, letih lesu serta tidak mempedulikan keadaan sekeliling.

2.2.3 Psikosomatik (Psychophysiologic Disorder)

Ia biasanya menggambarkan gangguan fungsi dalam mental dan fizikal. Emosi seseorang itu memainkan peranan yang paling besar sebagai punca gejala fizikal. Rangsangan urat saraf simpatetik yang keterlaluan akan mempengaruhi ke atas organ-organ tubuh badan yang mengalami gangguan tertentu itu. Di samping dapat mempertahankan aktiviti, simpton seperti sakit kepala, tekanan keterlaluan, ulcer atau amnesia akan membolehkan mereka mengelak suasana yang mengancam jiwa mereka.

2.2.4 Gangguan Sahsiah (Psychopath)

Ia merupakan kategori umum sebagai merujuk kepada segala jenis kelakuan devian yang tidak termasuk dalam kategori neurosis atau psikosis.

Gejala paling nyata bagi gangguan jenis ini adalah mereka secara terang-terangan tidak mengindahkan peraturan dalam masyarakat. Tegasnya, kelakuan mereka melencong dari norma masyarakat. Menurut Alex Thio seterusnya, ia dikatakan berpunca dari kekurangan perkembangan moral misalnya sebagaimana dapat dikesan melalui kegagalan mempelajari

tatacara membentuk perhubungan yang bermakna. Mereka yang terangkum dalam kategori ini termasuklah penagih dadah, pelacur, homoseks serta lain-lain delinkwen yang kronik. Demikian juga dengan kelakuan seperti menggigit kuku, gagap dan seumpamanya telah turut disenaraikan di bawah gangguan jenis ini.

Dengan ini dapat dirumuskan bahawa simpton atau gejala umum yang diperlukan bagi melayakkan seseorang itu dilabelkan sebagai 'sakit jiwa' atau 'orang gila' termasuklah mempunyai halusinasi, delusi dan lain-lain bentuk gangguan dalam tingkahlaku.

2.3 Teori-Teori Gangguan Mental

Sarjana masih belum mencapai kata sepakat berhubung dengan penggunaan istilah bagi merujuk kepada mereka yang mengalami gangguan mental. Terdapat sebilangan yang memakai istilah 'mental illness' atau 'mental disease'. Selain daripada itu ada juga yang memakai istilah 'nervous breakdown', 'emotional disorder', 'problem in living', 'the sick role' (Bates, 1977: 7), 'abnormal behavior' (Ullmann & Krasner, 1969), 'keterlaluan devian' (Thio, 1983), 'masalah sosial' (Weinberg, 1970; Becker, 1966), 'madness' (Bates, 1977) dan 'gangguan mental' iaitu istilah yang pengkaji telah gunakan dalam kajian dan penulisan latihan ilmiah ini.

Oleh yang demikian, model-model khusus bagi gangguan mental telah dibina sebagai jalan penyelesaian kepada krisis pengistilahan

tersebut. Dengan menggunakan pendekatan model, hal yang berhubungan dengan gangguan mental dapat diketahui dengan lebih jelas. Misalnya cara rawatan yang diberikan, siapa yang memberi dan untuk berapa lama ianya diberi.

Menurut Erica Margaret Bates (1977) setiap model yang memperkatakan tentang gangguan mental mesti mempunyai beberapa

ciri iaitu:-

i. Setiap model yang ada mesti cuba untuk menghurai bagaimana 'madness' dikonseptualkan.

ii. Bagaimana mungkin ianya muncul.

iii. Apa sepatutnya yang dibuat mengenainya.

iv. Bagaimana pihak yang terlibat dengannya seharusnya berkelakuan.

v. Apakah kemungkinan yang akan lahir; di pihak yang terlibat dan terhadap sistem sosial.

(hal. 7)

Sebaliknya pendekatan teori pula lebih sering membincangkan mengenai krisis pengistilahan dengan mengambil contoh sebagaimana mereka faham. Jika demikian, mereka dapat dianggap sebagai ahli yang telah dinyatakan. Tegasnya, kebanyakan ahli psikiatri atau pihak perubatan lebih cenderung menganggap 'gangguan mental' ini sebagai sejenis penyakit (disease) kecuali segelintir saja seperti dipercayai sebagai 'sebuah proses penyakit'.

Thomas Szasz yang merasakan lebih tepat mengatakannya sebagai 'a problem of living', 'konflik moral dalam perhubungan manusia' atau 'a communication expressing some socially unacceptable idea' (Thio, 1983: 303). Demikian juga jika ditinjau pendapat ahli sosiologi, ramai yang menganggapnya sama ada sebagai satu kelakuan devian atau golongan manusia yang dilabelkan sebagai gila.

Dalam kajian ini, pengkaji turut mengguna model perubatan di samping model yang lain sebagai tujuan memperjelaskan lagi penemuan dalam kajian serta sebagai perbandingan dengan model yang lagi satu.

2.3.1 Model Perubatan (Medical Model)

Ia merupakan satu model yang digubal bagi gangguan mental dengan mengguna pendekatan secara perubatan. Secara permulaan ke arah lahirnya model tersebut muncul dalam abad ke 16. Ia bermula dengan kejayaan Teresa of Avila menyelamatkan sekumpulan rahib perempuan yang diserang histeria dari dirawat dengan cara dibakar hidup-hidup kerana kepercayaan di kurun tersebut lebih cenderung kepada kemungkinan mereka tadi dirasuk syaitan. Akan tetapi Teresa mengesyorkan kemungkinan kelakuan rahib tersebut dapat dijelaskan secara sebab-musabab biasa. Jika demikian, mereka dapat dianggap sebagai atau seolah-olah sakit (as if sick). Idea tersebut seterusnya berlanjutan sejajar dengan perkembangan sains. Lalu seterusnya gangguan mental dipercayai sebagai 'satu proses penyakit'.

Pandangan tersebut diperteguhkan dengan penemuan oleh Koch pada 1876 bahawa bakterialah yang menyebabkan kebanyakan penyakit. Jangkitan siplis boleh membawa pengidapnya menjadi kurang siuman (Bates, 1983: 10). Di samping itu, menurut E. Fuller Torrey dengan kemajuan dalam bidang mikrobiologi dan pembedahan itu tadi:

"Both reinforcing the role of the patient as a passive receptacle for organisms, stones, and growths."

(Baasher, et. al., 1975: 8)

Jadi, dari perspektif model ini, bila saja kedapatan pemikiran atau kelakuan yang tidak rasional maka ianya dikatakan berpunca oleh sesuatu penyakit.

Selanjutnya model ini percaya bahawa kelakuan yang tidak rasional adalah berpunca dari penyakit mental iaitu penyakit di dalam otak. Pendapat ini terbit hasil daripada kemunculan bidang kajisaraf (neurology). Kemudian gangguan mental ini diyakini bahawa ianya ada hubungan dengan salurnadi (arterial) yang tidak berfungsi dengan baik dalam salurdarah ke otak sebagaimana menurut Galdston (1967):

"In my intended publication upon madness, ... that the disease is arterial, and that without morbid action in the blood vessels of the brain no form of the disease can exist."

(Baasher, et. al., 1975: 8)

Jelaslah bahawa gangguan mental dari perspektif model ini menganggap ianya sejenis penyakit. Lantaran itu bertukarlah tanggungjawab menjaga, memulih dan mengawalinya sama ada dari segi undang-undang ataupun moral daripada menjadi tanggungjawab alim ulama khususnya paderi atau anggota polis bertukar pula kepada pihak pegawai perubatan.

Demikian juga telah berlaku perubahan dari sudut tuntutan sosial. Tatkala mereka ditakrif sakit, mereka dikehendaki berhenti kerja untuk berehat bagi melupakan kebimbangan yang ada dan mereka harus menerima bantuan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapinya. (Bates, 1977: 10).

Oleh yang demikian pendekatan ini cuba menyelami dan meneroka punca yang mengakibatkan simpton yang ada seterusnya berusaha untuk menghilangnya melalui rawatan. Lantaran itu pihak perubatan mengambil langkah mempertingkatkan latihan perubatan bagi mengendali mereka yang mengalami gangguan tersebut. Demikian juga dari segi teknik rawatan turut mengalami hal yang sama. Ini terbukti melalui rawatan fizikal yang dipraktis dengan menggunakan insulin dan kejutan elektrik iaitu telah mula diperkenalkan pada tahun 1930an.

Kajian ini akan cuba menyelami pengaruh model ini ke atas corak rawatan yang terdapat khususnya di tempat kajian dan negara Malaysia umumnya.

2.3.2 Model Labeling

Ia adalah model yang menganggap gangguan mental dari perspektif sosiologikal. Jika menurut model perubatan, mereka menekankan kepada 'pesakit' iaitu mereka yang mengalami gangguan sebaliknya model labeling ini pula fokus kepada manusia yang menganggap diri mereka bukan pelaku devian dan juga bukan mengalami gangguan mental.

Pendorong model ini yakni bahawa pelaku devian sebenarnya dilabel dengan label yang sedemikian. Sebagaimana menurut Bates (1977):

"The deviant is one to whom that label has successfully been applied: deviant behaviour is behaviour that people so label."

(hal. 23 - 24)

Jadi oleh kerana gangguan mental juga disenaraikan sebagai kelakuan devian, maka ia mengalami keadaan yang serupa. Kedudukan gangguan mental sebagai satu kelakuan devian serta masalah sosial ada disenaraikan dalam Jadual 1.

Model ini menganggap gangguan mental semata-mata suatu metos. Thos Szasz dengan tegas menyatakan:

"Mental illness is a myth, whose function it is to disguise and thus render more palatable the bitter pill of moral conflicts in human relations."

(Thio, 1983: 303)

Jadual 1: Kelakuan Devian dan Masalah Sosial
(Menurut Gibbons & Jones)

	Kelakuan Devian	Kelakuan Bukan Devian
Masalah Sosial	Jenayah, Gangguan Mental, Alkoholism	'Smog', Pencemaran Udara, Kesesakan Lalu Lintas
Bukan Masalah Sosial	Mencuri Kecil- Kecilan atau Mencopet, 'Swinging' dan 'Marital Infi- delity'	Lain-lain Kelakuan Yang Diterima

Sumber: Gibbons, D.C. & Jones, J.F., 1975, hal. 18

Model ini berpendapat bahawa gangguan mental adalah merupakan masalah moral dan sosial. Oleh yang demikian ianya dianggap sebagai 'problem in living' (Szasz dalam Thio, 1983: 303). Tegasnya ia adalah lebih merupakan konflik antara pengalami gangguan mental (subjek) dengan orang sekeliling mereka seperti kaum keluarga, kawan-kawan, jiran atau mungkin juga masyarakat. Akan tetapi dengan melabel mereka "mentally ill as if they had a disease within them" (Thio, 1983: 303), hanya ahli psikiatri yang dipertanggungjawab mengendali masalah tersebut termasuklah mengawal dan memberi rawatan. Pandangan sebegini tidak dipersetujui oleh para pendokong model labeling. Berhubung dengan bentuk rawatan yang dipraktis secara perubatan, mereka menyatakan bahawa ianya:

"deprive the patients of their civil rights."

(Thio, 1983: Ibid)

Malahan ianya bukan untuk kebaikan subjek berkenaan sebaliknya lebih cenderung memelihara kepentingan pihak yang melabelnya agar terjamin dari ancaman dan gangguan subjek tersebut. Jadi, tegasnya sebagaimana menurut Thomas Scheff bahawa gangguan mental sebenarnya adalah natijah dari 'labeling' (Thio, 1983: Ibid).

Menurut Scheff:

"The label mental illness does not clearly suggest the violation of a rule, while the label crime does."

(Thio, 1983: 304)

Scheff menghurai lebih lanjut di dalam teorinya mengenai gangguan mental. Beliau mengandaikan bahawa simpton kejiwaan terbit dari pelbagai sumber. Ianya mungkin terbit dari genetik, biokimia, fisiologikal dan faktor psikologikal. Malahan beliau selanjutnya berpendapat, ianya mungkin juga disebabkan oleh lain-lain sumber yang dapat difikirkan seperti 'overwork', kekurangan tidur yang berlanjutan ataupun oleh 'ingestion of psychoactive drugs'. Namun begitu, orang yang dikatakan sebagai normal sebenarnya turut sama mengalami simpton yang sedemikian. Malahan mereka sejak dari kecil mempunyai 'the stereotyped imagery of mental disorder' iaitu istilah seperti 'cracy', 'a kook', 'a nut' atau 'off his rocket'.
(Thio, 1983: Ibid).

Mereka mula memiliki 'stereotypes of insanity' apakala makin meningkat dewasa. Stereotype tersebut pula telah diberi pengukuhan oleh pihak media massa terutama akhbar atau majalah. Di samping itu, ianya mungkin juga dalam bentuk teguran atau gurauan semasa hubungan sosial dilakukan. Dengan stereotype tersebut akan membolehkan mereka yang bakal dilabel sebagai berpenyakit jiwa lebih memahami tabii apa yang diertikan sebagai gila (insanity) tadi (Thio, 1983: Ibid).

Apakala sekali saja mereka telah dilabel sebagai berpenyakit jiwa, mereka akan selalu didorong agar mengakui bahawa mereka sedang sakit. Malahan mereka akan dianggap mengambil satu tindakan yang tepat jika bersedia untuk dihantar ke hospital bagi menerima rawatan. Sebaliknya jika mereka enggan menerima rawatan walau telah dimasukkan ke wad, kakitangan dan 'pesakit' lain akan mendesaknyanya untuk mengakui penyakitnya itu. Seterusnya bila mereka telah dibenarkan keluar, mereka akan mengalami stigma dari masyarakat yang mengakibatkan mereka disisihkan dalam banyak hal. Keadaan ini menambahkan lagi kekusutan, kebimbangan serta rasa malu hinggakan tercetus krisis emosi. Akhirnya mereka mengambil langkah menerima saja apa yang telah diputus oleh masyarakat yakni oleh pinak keluarga, ahli perubatan serta komunitinya bahawa mereka itu mengalami penyakit jiwa atau gila. Scheff merumuskan bahawa dengan melabel seseorang itu berpenyakit jiwa atau mengalami gangguan mental, ia sebenarnya

merupakan faktor terpenting menjadikan seseorang itu lebih kronik, tambahan pula jika digabungkan dengan simptom psikiatrik.

(Thio, 1983: 304)

Dalam bab ini pengkaji akan menguraikan latarbelakang institusi dan subjek yang ada di UPJ ini. Aspek-aspek yang dikehendaki dalam perbincangan berhubung dengan institusi termasuklah dari segi lokasi, sejarah perkembangan dan struktur pentadbiran UPJ. Manakala aspek latarbelakang subjek pula akan merangkumi perbincangan secara umum hal-hal yang dapat memberi maklumat umum berkaitan dengan diri subjek. Ini termasuklah jantina subjek, umur, taraf perkahwinan, bangsa dan agama, aktiviti sebelum dimasukkan atau sebelum dimasukkan ke wad dan juga turut dikehendaki tentang latarbelakang tempat tinggal subjek.

3.1 Institusi

UPJ Hospital Besar Kota Bharu merupakan salah sebuah institusi yang didirikan oleh kerajaan di bawah kelolaan Kementerian Kesihatan. Unit ini bertanggungjawab ke atas kesihatan mental para 'pesakit' dari seluruh jajahan di negeri Kelantan dan juga termasuk Terengganu Utara; khususnya dari Beaufort, Kuala Terengganu dan Jerlun.

3.1.1 Lokasi

UPJ terletak di dalam Majlis Perbandaran Kota Bharu. Jaraknya kira-kira 0.4 km dari pusat bandar dan berada bersebelahan dengan Jalan Kebangsaan 1.

BAB III

LATARBELAKANG INSTITUSI DAN SUBJEK

Dalam bab ini pengkaji akan menghurai latarbelakang institusi dan subjek yang ada di UPJ ini. Aspek-aspek yang disentuh dalam perbincangan berhubung dengan institusi termasuklah dari segi lokasi, sejarah perkembangan dan struktur pentadbiran UPJ. Manakala aspek latarbelakang subjek pula akan merangkumi perbincangan secara umum hal-hal yang dapat memberi maklumat umum berhubung dengan diri subjek. Ini termasuklah jantina subjek, umur, taraf perkahwinan, bangsa dan agama, aktiviti sebelum dirawat atau sebelum dimasukkan ke wad dan juga turut disentuh tentang latarbelakang tempat tinggal subjek.

3.1 Institusi

UPJ Hospital Besar Kota Bharu merupakan salah sebuah institusi yang didirikan oleh kerajaan di bawah kelolaan Kementerian Kesihatan. Unit ini bertanggungjawab ke atas kesihatan mental para 'pesakit' dari seluruh jajahan di negeri Kelantan dan juga termasuk Terengganu Utara; khususnya dari Besut, Kuala Terengganu dan Jertih.

3.1.1 Lokasi

UPJ terletak di dalam Majlis Perbandaran Kota Bharu. Jaraknya kira-kira 0.4 km dari pusat bandar dan berada bersebelahan

dengan kawasan pentadbiran Hospital Besar Kota Bharu. Ia meliputi keluasan lebih kurang 5 ekar. Struktur bangunannya bercirikan kepada 2 peralihan masa iaitu struktur bangunan lama yang telah dibina sejak tahun 1950an dan struktur bangunan baru yang didirikan pada tahun 1974.

3.1.2 Sejarah Perkembangan

Bangunan lama mengandungi 2 buah wad iaitu wad dadah dan wad terapi asuhan carakerja (occupational therapy @ OT). Bangunan ini disambungkan dengan bangunan klinik luar, dewan mesyuarat dan dewan bagi Unit asuhan carakerja menjalankan aktiviti mereka. Satu lagi struktur bagi bangunan lama yang berbentuk seperti sel penjara, kini tidak lagi digunakan. Tetapi ianya dapat memberi gambaran bahawa 'pesakit' yang mempunyai gangguan mental pada masa dahulu telah dirawat dengan cara ditempatkan ke dalam bilik tersebut sama sebagaimana yang dilakukan ke atas para tahanan di penjara biasa.

Namun begitu dengan peredaran masa, falsarah perubatan jiwa atau mental telah mula berubah. Ini jelas dapat dilihat dengan terdinya bangunan baru yang disiapkan pada tahun 1974.

Bangunan baru ini mengandungi 4 buah wad iaitu masing-masing 2 buah wad untuk subjek lelaki dan perempuan. Kemudahan kantin serta madrasah turut disediakan. Manakala pejabat Kebajikan Masyarakat juga turut ditempatkan di sini.

3.1.3 Struktur Pentadbiran UPJ

Hospital Besar Kota Bharu (HBKB) menyediakan 4 bentuk perkhidmatan. Keempat-empat perkhidmatan tersebut adalah perkhidmatan kepakaran, bantuan, latihan dan pentadbiran. (Sila rujuk Lampiran 1). UPJ ditempatkan di bawah port folio perkhidmatan kepakaran dan dikenali sebagai Jabatan Jiwa. Berikut (Rajah 1) diperturunkan pola struktur pentadbiran untuk Jabatan Jiwa HBKB.

Pentadbiran UPJ bagi semua wad lelaki adalah di bawah pengendalian Penyelia Hospital Tingkat Tertinggi A. Manakala Penyelia Jururawat (Matron) pula bertanggungjawab ke atas pentadbiran semua wad perempuan. Jadi sebarang keperluan, arahan atau peruntukan bagi mengurus wad masing-masing hendaklah melalui saluran tersebut.

3.1.4 Struktur Kakitangan Unit Perubatan Jiwa

Pentadbiran UPJ diketuai oleh seorang pakar perubatan jiwa (psikiatrik). Organisasi UPJ dapat dipecahkan kepada 7 bahagian. Masing-masing dikendalikan oleh kakitangan tertentu. Kakitangan yang terlibat adalah Ketua Jururawat yang mengendalikan wad perempuan, Pembantu Perubatan Kanan bagi wad lelaki, Pegawai Asuhan Carakerja mengendalikan aktiviti di Dewan Asuhan Carakerja, Pegawai Perubatan untuk memeriksa dan merawat subjek, Ketua Penyambut yang mengendalikan hal-hal di klinik UPJ, ahli psikologi serta pegawai Kebajikan Masyarakat. Tugas pakar psikiatrik UPJ pula merawat subjek di kedua-dua tempat

Rajah 1: Struktur Pentadbiran UPJ



Petunjuk: (1) - Menunjukkan Bilangan Orang dan Jawatan

Catatan: Jawatan Pembantu Hospital - digunakan bagi menggantikan nama "Medical Assistant" sejak 2 tahun lepas dan di atas kebenaran Kementerian Kesihatan.

iaitu di UPJ dan di HBKB. Pemecahan bagi struktur pentadbiran UPJ adalah sebagaimana di Rajah 2.

3.2 Pentadbiran UPJ - Wad dan Klinik

Dari pemerhatian didapati pada asasnya, perjalanan wad dilakukan oleh Pembantu Hospital Rendah tingkatan biasa untuk wad lelaki dan untuk wad perempuan pula oleh para jururawat terlatih dengan dibantu oleh Pembantu Jururawat.

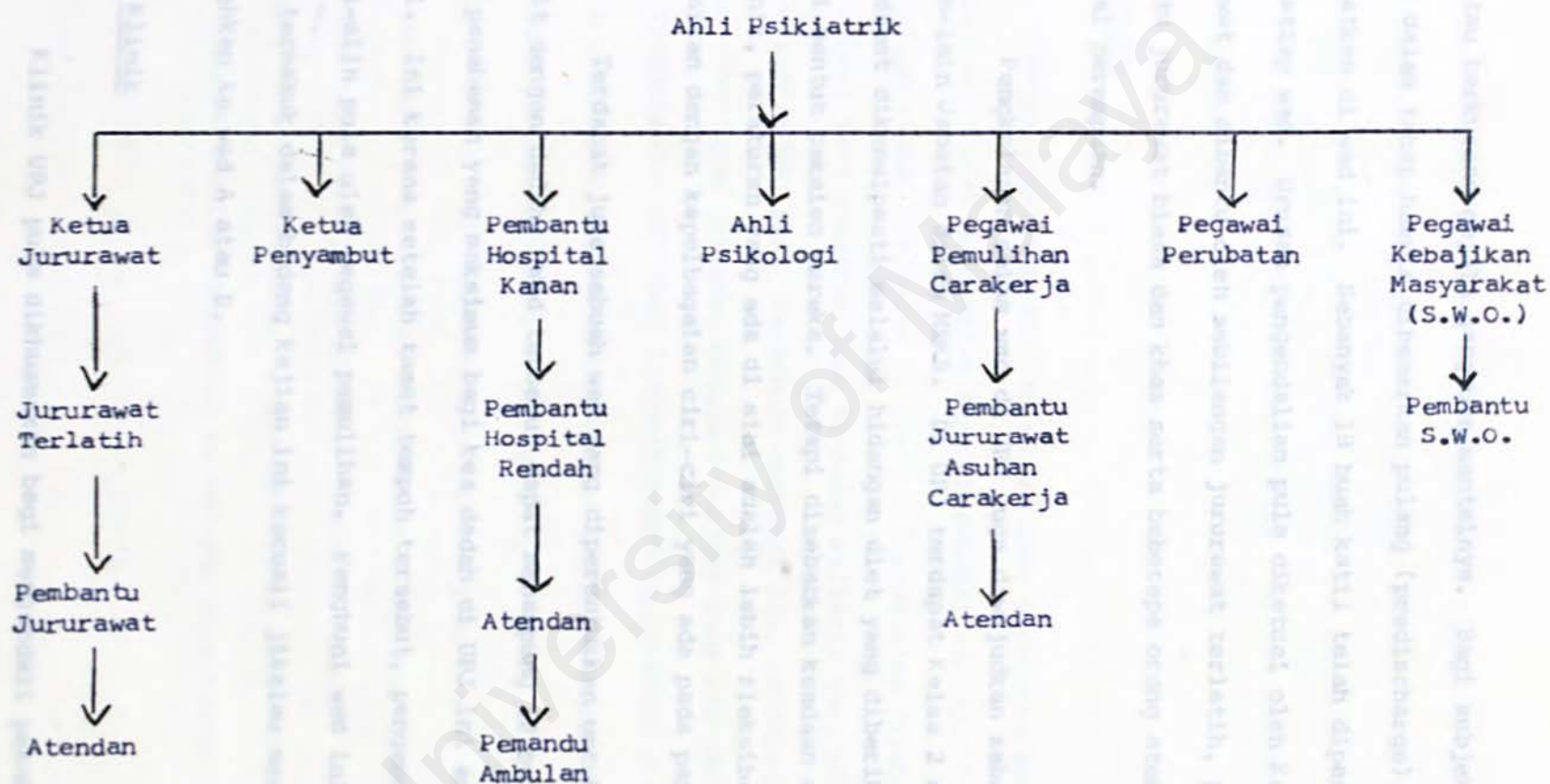
3.2.1 Wad

Secara keseluruhannya terdapat 5 buah wad di UPJ yang mengendali mereka yang mengalami gangguan mental. 3 buah wad diperuntukkan kepada subjek lelaki. Kedua wad A dan D dapat menampung sejumlah 24 buah katil manakala sebuah wad OT pula diperuntukkan 12 buah katil.

Urusan pengendalian ketiga-tiga wad tersebut dibantu oleh 2 orang pembantu perubatan tingkatan biasa, seorang pembantu hospital rendah kanan, para pembantu hospital rendah tingkatan biasa, atendan jiwa kanan, atendan hospital kanan, atendan jiwa tingkatan biasa, para atendan hospital tingkatan biasa dan juga seorang pemandu.

Manakala wad B dan B pula diperuntukkan kepada subjek perempuan. Wad C berfungsi sebagai wad kemasukan (admission ward) sementara wad B merupakan wad peralihan untuk subjek yang telah

Rajah 2: Struktur Unit Perubatan Jiwa



reda atau berkurang gejala gangguan mentalnya. Bagi subjek yang berada dalam tahap hampir dibenarkan pulang (predischARGE) juga ditempatkan di wad ini. Sebanyak 18 buah katil telah diperuntukkan bagi setiap wad. Urusan pengendalian pula diketuai oleh Ketua Jururawat dan dibantu oleh sebilangan jururawat terlatih, para pembantu jururawat biasa dan khas serta beberapa orang atendan hospital perempuan.

Pengkelasan dalam wad di UPJ juga diwujudkan sebagaimana di lain-lain Jabatan dalam HBKB. Di UPJ terdapat Kelas 2 dan 3 dan ianya dapat dikenalpasti melalui hidangan diet yang diberikan serta melalui bentuk pakaian mereka. Tetapi disebabkan keadaan mereka agak unik, peraturan yang ada di sini adalah lebih fleksibal untuk disesuaikan dengan kepelbagaian ciri-ciri yang ada pada para subjek.

Terdapat juga sebuah wad yang diperuntukkan untuk kes bersabit dengan dadah. Wad tersebut dapat menampung 12 buah katil. Tempoh penahanan yang maksimum bagi kes dadah di UPJ ini adalah 14 hari. Ini kerana setelah tamat tempoh tersebut, pengendaliannya diambil-alih pula oleh pegawai pemulihan. Penghuni wad ini tidak dikira termasuk dalam bidang kajian ini kecuali jikalau mereka dipindahkan ke wad A atau D.

3.2.2 Klinik

Klinik UPJ pula dikhususkan bagi mengendali pesakit luar (OP).

Keadaan dan fungsinya adalah sama sebagaimana klinik biasa yang lain. Perbezaannya hanyalah dari segi jenis pesakit yang datang untuk menerima rawatan. Mereka yang datang itu lebih dikhususkan mereka yang mengalami gangguan mental atau yang ada kaitan dengan masalah psikiatrik.

3.3 Subjek

Seterusnya akan dihurai secara umum berhubung dengan latarbelakang subjek yang telah dipilih sebagai sampel. Sampel yang dipilih adalah berjumlah 50 orang. Persampelan dilakukan agar dapat memberi satu gambaran umum terhadap kriteria yang ada di kalangan subjek UPJ ini. Terdahulu daripada itu, terdapat 2 bahagian asas iaitu pertama, kategori subjek; sama ada jenis 'pesakit dalam' (Inpatient - IP) atau 'pesakit luar' (Outpatient - OP). Manakala yang keduanya, berhubung dengan jantina mereka sama ada lelaki atau perempuan. Dari 50 orang tadi, 20 orang adalah (IP) manakala 30 orang (OP) dengan nisbah jantina yang sama. Untuk tujuan tersebut, pengkaji akan menggunakan 6 angkubah semasa penghuraian yang selanjutnya dibuat. Angkubah tersebut terdiri dari umur, taraf perkahwinan, bangsa dan agama, aktiviti sebelum dirawat ataupun sebelum dimasukkan ke wad dan juga tempat tinggal subjek.

3.3.1 Pengenalan Subjek

Berdasarkan kepada statistik pada Rajah 3. Untuk tempoh 6 tahun (1980 - 1985) didapati bahawa bilangan subjek lelaki sebagai (IP) dan (OP) adalah lebih ramai berbanding dengan subjek perempuan.

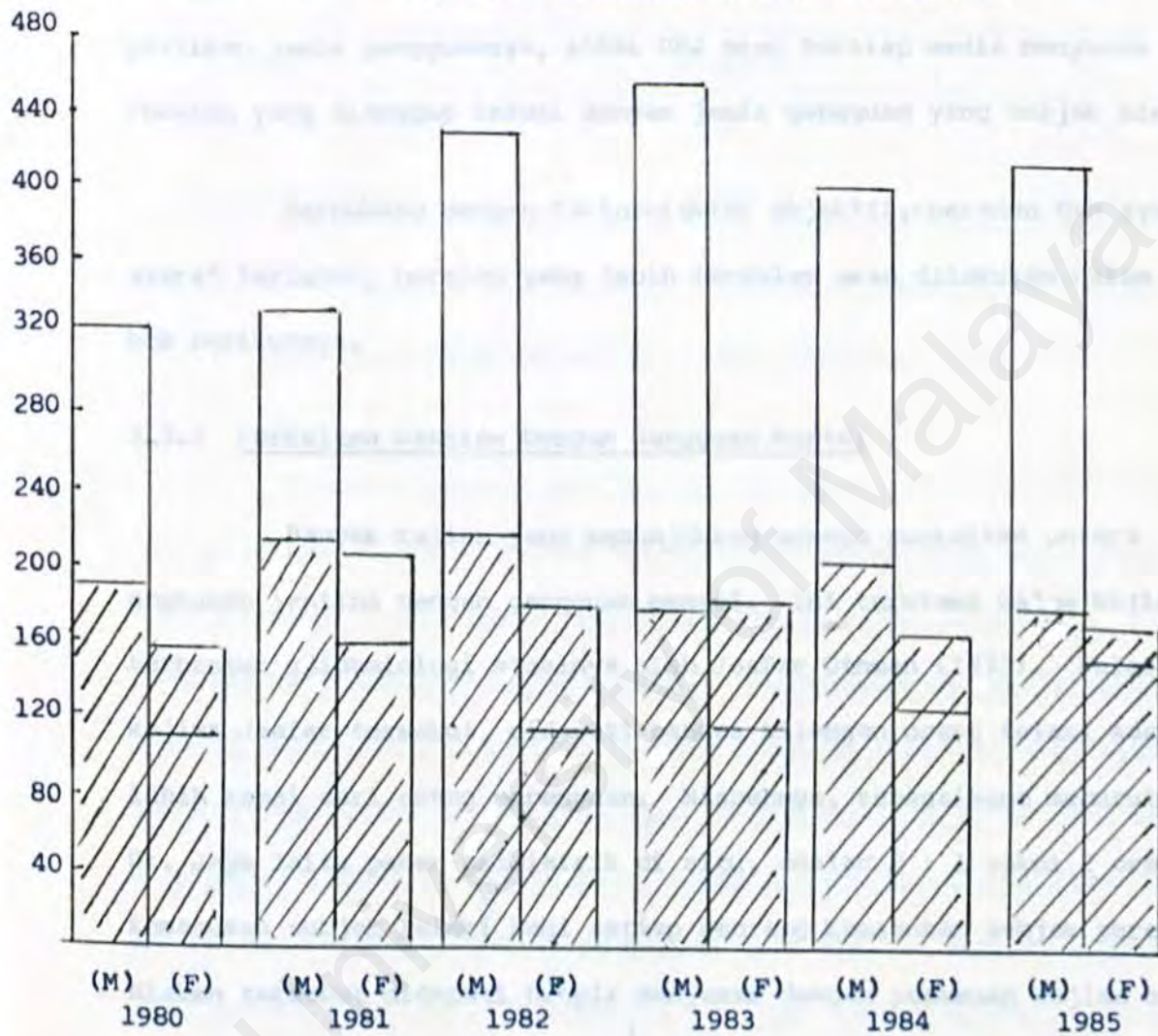
Jika tumpuan hanya diberikan kepada bahagian subjek lelaki, didapati bahawa jumlah mereka yang dirawat sebagai (IP) adalah lebih ramai dari yang dirawat sebagai (OP).

Manakala di kalangan subjek perempuan mengalami keadaan sebaliknya. Ia menunjukkan bahawa jumlah mereka yang dirawat sebagai (OP) adalah lebih ramai dari jenis (IP) kecuali untuk tahun 1981.

Keadaan di atas mempunyai perkaitan dengan faktor diagnosis² yang dilakukan oleh para ahli perubatan di UPJ, di samping faktor objektif, peranan dan syarat-syarat untuk melayakkan seseorang itu diterima masuk untuk menjalani rawatan di UPJ.

Statistik pada tahun 1985 menunjukkan bahawa jumlah subjek (OP) lelaki dan perempuan bagi kes baru saja yang didiagnosis sebagai skizofrenia adalah bilangan yang terbanyak iaitu 97 kes kesemuanya. Ini diikuti dengan 'depression' 87 kes, senil dementia 7 kes, psikotik organik yang lain-lain 20 kes, neurotik 20 kes, 'personality disorder' 3 kes, terencat akal 28 kes dan 'acute reaction stress' 17 kes. (Sila rujuk Lampiran 2 dan 3).

Rajah 3: Kehadiran Subjek Lelaki dan Perempuan
Ke UPJ (Dengan Rujukan Kepada Kes-Kes
Baru Sahaja Dalam Jangkamasa 1980-86)



Sumber: Klinik UPJ, HBKB, Kelantan

Petunjuk:



Pesakit Luar (OP)



Pesakit Dalam (IP)

(M) - Subjek Lelaki

(F) - Subjek Perempuan

Diagnosis dilakukan oleh sama ada pegawai perubatan (dokter) atau pakar psikiatrik sendiri. Setelah subjek itu dipastikan jenis gangguannya, pihak UPJ akan bersiap sedia menyusun rawatan yang dianggap sesuai dengan jenis gangguan yang subjek alami.

Berhubung dengan faktor-faktor objektif, peranan dan syarat-syarat tersebut, huraian yang lebih mendalam akan dilakukan dalam bab berikutnya.

3.3.2 Perkaitan Jantina Dengan Gangguan Mental

Banyak kajian yang menunjukkan adanya perkaitan antara angkubah jantina dengan gangguan mental. Ini terutama dalam kajian berbentuk epidemiologi misalnya oleh Jaafar Othman (1973). Dalam kajian Jaafar tersebut, didapati bahawa bilangan orang lelaki adalah lebih ramai dari orang perempuan. Nisbahnya, sebagaimana menurut Dr. Jaya iaitu pakar psikiatrik di situ, adalah 2 : 1 yakni 2 orang kemasukan subjek lelaki bagi setiap seorang kemasukan subjek perempuan. Nisbah tersebut didapati hampir menyamai dengan penemuan kajian oleh Jaafar Othman. Berdasar kepada rekod kemasukan ke wad UPJ bagi bulan Januari 1986 sebagaimana dinyatakan dalam Jadual 2, dan sejumlah 124 (IP) lelaki (74.25%) dan 43 (IP) perempuan (25.75%) nisbahnya adalah 3 : 1 lelaki kepada perempuan.

Jadual 2: Kemasukan Subjek (IP) Ke Wad UPJ
Bagi Bulan Januari 1986

Jantina	Bilangan	%
Subjek Lelaki	124	74.25
Subjek Perempuan	43	25.75
Jumlah	167	100.00

Sumber: Rekod Kemasukan Ke Wad UPJ, HBKB, Kelantan, 1986

Menurut laporan dari doktor dan pakar psikiatrik berhubung dengan nisbah di atas, mereka berpendapat bahawa ianya berkemungkinan dari anggapan bahawa subjek perempuan adalah 'less affected'. Jadi kaum keluarga sanggup menjaga sendiri dan merawat subjek tersebut. Jika di bawa ke UPJ sekalipun, mereka hanyalah untuk dirawat sebagai pesakit luar serta datang pada masa yang ditetapkan untuk rawatan ulangan (follow-up). Seandainya diteliti dari jumlah kemasukan ke wad akan didapati subjek perempuan agak terurus sedikit keadaan diri mereka serta kadar keagresifannya juga adalah kurang berbanding dengan subjek (IP) lelaki. Dari pemerhatian, adalah menonjol dengan jelas sekali keagresifan (IP) lelaki hinggakan terpaksa diikat dalam perjalanan untuk dimasukkan ke UPJ dan ada setengahnya masih perlu diikat di katil setelah dimasukkan ke wad, sehinggalah tanda-tanda keagresifan mereka kelihatan reda. Tanda-tanda yang menunjukkan gejala gangguannya telah reda adalah seperti patuh pada arahan yang

diberikan, mengambil ubat dan makanan dengan baik dan tiada lagi tanda cuba membunuh diri atau mengganggu subjek lain.

Penentuan bilangan subjek lelaki (IP) yang lebih ramai berbanding dari subjek perempuan (IP) secara relatifnya adalah juga dipengaruhi oleh bentuk peruntukan wad. Sebagaimana telah dijelaskan, wad yang diperuntukkan kepada subjek lelaki adalah lebih banyak berbanding dengan subjek perempuan. Jumlahnya adalah 3 buah untuk lelaki dan hanya 2 buah untuk perempuan. Oleh yang demikian jumlah yang dapat ditampung oleh wad subjek adalah lebih ramai berbanding dengan di sebelah wad perempuan.

Dari temubual dengan anggota keluarga dan para doktor didapati faktor stigma sosial adalah merupakan penghalang paling kuat bagi pihak keluarga subjek untuk membenarkan anak atau saudara mereka dirawat khususnya di dalam wad dan di UPJ amnya. Ini lebih-lebih lagi sekiranya subjek tersebut adalah perempuan dan masih belum berkahwin. Mereka seolah-olah cuba mengelak dari dimasukkan ke wad kerana khuatir akan tanggapan, penglabelan serta reaksi masyarakat sekeliling. Menurut kakitangan yang berkhidmat di Unit ini, mereka yang diberi label sebagai 'bekas penghuni wad gila (UPJ)' atau 'orang gila' akan mempengaruhi dan menjejaskan masa depan subjek berkenaan terutamanya untuk mendapatkan pasangan hidup ataupun ke atas kehidupan berumahtangga subjek. Sebagai alternatifnya, kaum keluarga subjek lebih suka memakai istilah 'terkena buatan orang'

(paranoid ideas) sebagai ganti kepada 'mengidap penyakit jiwa'.

Hal yang sama turut dialami oleh subjek lelaki.

Kemasukan subjek lelaki yang ramai adalah kerana mereka berkelakuan agresif. Keagresifan mereka ini pula hingga menimbulkan kesukaran kaum keluarga untuk mengawalinya di rumah. Kebimbangan juga timbul iaitu mereka berkemungkinan melakukan perbuatan yang membahayakan diri dan kaum keluarga seperti membakar rumah atau cuba untuk membunuh diri dan seringkali tidak menghairan nasihat dari pihak lain. Oleh itu, kemasukan mereka ke wad lazimnya dibawa oleh anggota polis.

3.3.3 Perkaitan Jantina Dengan Umur

Berdasarkan Jadual 3, didapati bilangan subjek (OP) lelaki dari kumpulan umur bawah 20 tahun adalah paling ramai iaitu 5 kes (33.33%) diikuti kumpulan umur 21 - 30, 4 kes (26.67%). Manakala bagi (OP) perempuan pula kumpulan umur terbesar adalah 31 - 40 tahun, 7 kes (46.67%) dan diikuti dengan kumpulan umur 21 - 30, 5 kes. Kumpulan umur yang melebihi 51 tahun juga telah dapat dikesan dari sampel tersebut iaitu di kalangan (OP) perempuan.

Secara umum dirumuskan bahawa gangguan mental ini dialami oleh hampir kesemua peringkat umur. Mereka yang mengalaminya dari peringkat umur rendah iaitu bawah 20 tahun dan peringkat umur tertinggi pula adalah melebihi 50 tahun.

Jadual 3: Perkaitan Antara Umur Dengan Jantina Subjek UPJ

Umur (Tahun)	Subjek Lelaki				Subjek Perempuan			
	Bil. OP	%	Bil. IP	%	Bil. OP	%	Bil. IP	%
Kurang 20	5	33	-	-	-	-	1	10
21 - 30	4	27	4	40	5	33	5	50
31 - 40	1	7	3	30	7	47	2	20
41 - 50	3	20	1	10	2	13	1	10
51 Ke Atas	2	13	2	20	1	7	1	10
Jumlah	15	100	10	100	15	100	10	100

Menurut responden, subjek yang menghadapi penyakit ini adalah disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor-faktor tersebut antara lain, ianya adalah diakibatkan oleh tekanan atau bebanan ekoran dari perasaan terlalu ingin berjaya dalam pelajaran ataupun ekoran putus cinta terutamanya bagi subjek bawah 21 tahun. Bagi subjek lingkungan 21 hingga 40 tahun pula, berkemungkinan dari tekanan pekerjaan dan bebanan tanggungjawab terhadap rumahtangga atau keluarga. Seterusnya bagi subjek dalam kumpulan umur 50 tahun ke atas pula sering dikategori sebagai nyanyuk ('senile dementia' atau 'dementia praecox').

3.3.4 Perkaitan Taraf Perkahwinan Dengan Umur

Berdasar Jadual 4, didapati subjek (OP) lelaki kebanyakannya telah berkahwin dan umur mereka adalah melebihi 30 tahun. Dari jadual tersebut, 12 orang (80%) adalah melebihi 30 tahun dan telah berkahwin berbanding dengan hanya 3 orang (20%) subjek yang berusia di bawah 30 tahun dan belum berkahwin. Bagi subjek perempuan pula, seramai 12 orang (20%) subjek yang telah berkahwin menerima rawatan sebagai (OP). Selebihnya, 3 orang (20%) yang mendapat rawatan sebagai (OP) adalah belum berkahwin.

Bagi subjek (IP) pula, seramai 8 orang (80%) subjek lelaki yang belum berkahwin. Jumlah ini adalah tinggi jika dibandingkan dengan subjek lelaki yang telah berkahwin hanya 2 orang (20%).

Jadual 4: Perkaitan Antara Taraf Perkahwinan
Dengan Kumpulan Umur

Kumpulan Umur	Subjek (OP)								Subjek (IP)							
	Lelaki				Perempuan				Lelaki				Perempuan			
	Berkahwin		Belum Berkahwin		Berkahwin		Belum Berkahwin		Berkahwin		Belum Berkahwin		Berkahwin		Belum Berkahwin	
	Bil.	%	Bil.	%	Bil.	%	Bil.	%	Bil.	%	Bil.	%	Bil.	%	Bil.	%
Kurang 20	-	-	2	13	1	7	1	7	-	-	6	60	1	10	4	40
21 - 30	3	20	-	-	4	27	2	13	2	20	1	10	2	20	2	20
31 - 40	5	33	1	7	3	20	-	-	-	-	1	10	-	-	1	10
41 - 50	3	20	-	-	2	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
51 Ke Atas	1	7	-	-	2	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jumlah	12	80	3	20	12	80	3	20	2	20	8	80	3	30	7	70

Bagi subjek perempuan adalah demikian juga. Seramai 7 orang (70%) dari subjek perempuan yang belum berkahwin manakala hanya 3 orang (30%) sahaja yang telah berkahwin.

Salah satu faktor yang menyebabkan kelewatan mereka berkahwin mungkin kerana masa yang terpaksa mereka habiskan lebih banyak terhadap usaha memulihkan diri dan menghilangkan gejala gangguan mental. Ini memandangkan proses rawatan memakan suatu jangkamasa yang lama. Menurut pendapat salah seorang pegawai perubatan yang bertugas di UPJ, sekiranya seseorang yang baru 6 bulan mengalami gangguan mental dan datang segera ke UPJ untuk menjalani rawatan, anggaran tempoh yang diambil untuk mengurangkan ataupun mungkin menghilangkan gejala gangguan tersebut memakan masa sekurang-kurangnya 2 tahun.

Dalam konteks subjek di UPJ pula, kebanyakan dari mereka adalah terdiri dari kes lama @ 'relapse' dan kebanyakannya telah lama mengalami gangguan mental iaitu antara 4 hingga 7 tahun yang lalu. Itupun hanya sekadar merupakan tempoh mereka mengikuti rawatan formal iaitu di UPJ dan tidak termasuk tempoh sebenar mereka mula-mula mengalami gangguan. Berdasarkan temuramah dengan saudara mara dan para doktor di UPJ, didapati hampir 100% subjek yang ke UPJ ini memang terlebih dahulu telah berubat secara tradisional iaitu melalui bomoh atau seumpamanya dan rawatan cara moden khususnya datang ke UPJ ini kebanyakannya merupakan pilihan yang terkemudian.

Seterusnya pula, seandainya mereka pernah dimasukkan ke wad, potensi untuk dimasukkan semula (readmission) adalah besar. Jika diperhatikan dari statistik bagi tahun 1975 hingga 1983, berhubung dengan angka yang menunjukkan jumlah kes baru dan kes ulangan, didapati bahawa jumlah kes ulangan adalah lebih tinggi berbanding dengan kes baru. (Sila rujuk Lampiran 4). Ini menyebabkan jumlah keseluruhan kes di UPJ telah meningkat dengan mendadak. Misalnya, dalam tahun 1975, hanya terdapat 242 kes baru berbanding dengan kes ulangan yang sebanyak 4,133 kes kesemuanya dan seterusnya menjadikan jumlah kes keseluruhannya kepada 4,375 buah. Hal yang sama dialami pada tahun 1983 iaitu dari 6,207 kes kesemuanya, 5,842 buah darinya adalah merupakan kes ulangan, iaitu kira-kira 94% dari jumlah keseluruhan kes.

3.3.5 Aktiviti Yang Subjek Lakukan Sebelum Ke UPJ

Dengan merujuk kepada Jadual 5, aktiviti yang subjek lakukan sebelum ke UPJ atau sebelum masuk ke wad pada umumnya dapat dicirikan kepada 4 jenis. Aktiviti tersebut ialah kerja sendiri, makan gaji, tidak bekerja dan masih bersekolah.

Berhubung dengan subjek (IP) lelaki jika diteliti, seramai 7 orang (70%) adalah bekerja sendiri. Misalnya melakukan aktiviti pertanian dan perniagaan. Manakala selebihnya iaitu 3 orang (30%) lagi sama ada mereka yang bekerja secara makan gaji, bersekolah ataupun tidak bekerja langsung. Bagi (OP) lelaki pula, kebanyakannya

adalah terdiri dari kalangan yang bekerja makan gaji seramai 4 orang (27%), sama ada dengan kerajaan atau swasta. Di samping itu, bilangan subjek (OP) lelaki yang tinggi terdapat di kalangan mereka yang masih menuntut iaitu seramai 5 orang (33%). Selebihnya seramai 6 orang (40%) lagi adalah terdiri dari kalangan mereka yang bekerja sendiri ataupun tidak bekerja.

Di kalangan subjek perempuan pula secara keseluruhannya adalah terdiri dari mereka yang tidak bekerja. Ini dapat dilihat dari Jadual 5, seramai 17 orang (68%) subjek (OP) dan (IP) adalah terdiri dari mereka yang berada di bawah tanggapan sama ada suami, ibubapa ataupun saudara mara. Bagi subjek yang datang dari Rumah Orang-Orang Tua pula adalah berada di bawah tanggungan pihak Kebajikan Masyarakat.

Jadual 5: Aktiviti Yang Subjek Lakukan Sebelum Ke UPJ

Jenis Aktiviti	Subjek (OP)				Subjek (IP)			
	Lelaki		Perempuan		Lelaki		Perempuan	
	Bil.	%	Bil.	%	Bil.	%	Bil.	%
Kerja Sendiri	3	20	1	7	7	70	3	30
Makan Gaji	4	27	1	7	1	10	2	20
Tidak Bekerja	3	20	13	86	1	10	4	40
Bersekolah	5	33	-	-	1	10	1	10
Jumlah	15	100	15	100	10	100	10	100

Hasil dari temubual dengan responden dan subjek didapati suami subjek tersebut pula kebanyakannya berpendapatan rendah iaitu di bawah \$500 sebulan. Manakala golongan yang berpendapatan sederhana dan ke atas misalnya suami seorang ahli perniagaan atau kakitangan kerajaan yang berpangkat lebih lazim datang untuk rawatan sebagai (OP) di klinik rawatan jiwa yang diadakan di HBKB yang dikelolakan oleh pakar psikiatrik. Menurut pihak UPJ, langkah tersebut dilakukan sebagai usaha menghindarkan stigma sosial. Ini kerana mereka yang menjalani rawatan secara demikian ternyata dapat menghindar cemuhan dan stigma sosial yang lain. Hal ini kerana tidak ramai mereka yang dianggap sihat mentalnya⁴ yang tahu dan menyedari bahawa ada juga mereka yang datang ke klinik di HBKB terdiri dari kalangan yang mereka labelkan sebagai gila. Sebaliknya masyarakat ini menganggap subjek tadi hanyalah mengalami penyakit fizikal seperti demam dan seumpamanya.

Statistik yang diperolehi bagi bulan Januari 1986 adalah menunjukkan subjek (IP) dari segi pecahan mengikut etnik. Dari jumlah 124 kes untuk (IP) lelaki, didapati 119 kes adalah terdiri dari etnik Melayu, 3 kes etnik Cina dan 2 kes lagi adalah India. Manakala dalam konteks (IP) perempuan pula, dari jumlah keseluruhan 43 kes, 39 kes darinya merupakan subjek Melayu selebihnya yang seramai 4 orang lagi adalah Cina. Dengan ini dapat dirumuskan bahawa etnik Melayu lebih ramai yang menerima rawatan di UPJ berbanding dengan lain-lain etnik.

Keadaan tersebut dapat dikaitkan dengan faktor demografi.

Jika dilihat taburan penduduk mengikut keturunan bagi negeri Kelantan, sebanyak 93% dari jumlah keseluruhan penduduk adalah terdiri dari etnik Melayu. Peratusan ini adalah amat tinggi jika dibandingkan dengan peratusan bagi lain-lain etnik iaitu Cina (5%) dan India (0.7%). Oleh kerana itu adalah tidak menghairankan sekiranya nisbah peratusan pesakit Melayu lebih tinggi dari lain-lain etnik. (Untuk keterangan lanjut sila rujuk Lampiran 7 dan 8).

Berhubung dengan bentuk rawatan yang diterima sebelum ke UPJ, didapati bahawa kesemua subjek sama ada lelaki atau perempuan, (OP) atau (IP) pernah atau sedang, menjalani rawatan moden dan juga tradisional. Mereka mendapatkan rawatan moden dari UPJ manakala rawatan kaedah tradisional pula didapati dari bomoh atau seumpama dengannya.

Keadaan tersebut tidak begitu menghairankan khususnya jika dilihat dari segi sejarah budaya dan perkembangan bidang perubatan. Sememang sejak dari masyarakat tradisi lagi, dalam hal mengubat sebarang penyakit ini, rawatan utamanya adalah berubat secara tradisional. Rawatan moden pula hanyalah merupakan satu alternatif ataupun sekadar rawatan sampingan semata-mata. Ini diperkukuhkan lagi dengan faktor tempat tinggal mereka. Sebahagian besar daripada subjek mendiami kawasan luar bandar ataupun kawasan pedalaman. Jadi kadar pendedahan, kemudahan dan kecepatan dalam mendapatkan

perubatan secara tradisional adalah lebih besar berbanding dengan perubatan moden. Keadaan ini berbeza dengan penduduk yang tinggal di bandar. Mereka lebih cenderung untuk mendapatkan rawatan moden kerana kaedah perubatan ini mudah didapati.

3.3.6 Tempat Tinggal

Di dalam membincangkan latarbelakang tempat tinggal responden, didapati subjek dari luar bandar memegang peratusan yang tinggi di dalam mendapatkan rawatan dari UPJ. Dari Jadual 6, subjek lelaki dan perempuan, (IP) dan (OP), seramai 35 orang (70%) dari 50 orang (keseluruhan subjek) datangnya dari luar bandar. Jumlah ini adalah tinggi jika dibandingkan dengan subjek dari bandar yang hanya sebanyak 30% dari keseluruhan subjek kajian.

Jadual 6: Tempat Tinggal Subjek

Tempat Tinggal	Subjek (OP)				Subjek (IP)			
	Lelaki		Perempuan		Lelaki		Perempuan	
	Bil.	%	Bil.	%	Bil.	%	Bil.	%
Bandar	6	40	4	27	3	30	2	20
Luar Bandar	9	60	11	73	7	70	8	80
Jumlah	15	100	15	100	10	100	10	100

Dari penemuan di atas, dapat dikatakan bahawa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi penerimaan masyarakat luar bandar

terhadap rawatan moden. Salah satu darinya, perkembangan ilmu pengetahuan menyebabkan telah berlaku perubahan nilai kepada masyarakat di sini. Di samping itu, sistem pengangkutan yang bertambah baik telah memudahkan pesakit dari luar bandar dibawa ke UPJ walaupun ia tinggal jauh di pedalaman. Kegagalan rawatan tradisional juga mengakibatkan kepada perhatian untuk mendapatkan rawatan dialihkan ke bentuk rawatan moden yang boleh didapati di bandar.

Pengurusan UPJ dipengaruhi oleh faktor diagnosis, terutamanya di dalam pembahagian rawatan pesakit. Pengurusan rawatan tersebut dibahagikan kepada 3 kategori pesakit. Kategori pertama ialah psikotik manakala kategori kedua pula ialah neurotik. Kes dadah adalah merupakan kategori yang ketiga (tidak dikaji dengan mendalam oleh pengkaji kerana tidak termasuk di dalam bidang kajian). Bentuk, proses dan program rawatan yang difikirkan sesuai untuk subjek dirangka berpandukan kepada diagnosis tersebut.

Diagnosis dilakukan dengan menyoalselidik kaum keluarga atau mereka yang menemani subjek ke klinik. Ini bertujuan bagi memperolehi maklumat berhubung dengan latarbelakang subjek, keadaan keluarga atau di rumah dan hal yang berkaitan dengan diri subjek yang difikir menjadi punca tercetusnya gangguan tersebut. Dari pemerhatian, didapati kebanyakan soalselidik lebih banyak diajukan kepada kaum keluarga dari diri subjek sendiri. Malahan apa yang

dapat diperhatikan, pihak doktor sendiri kelihatan seolah-olah lebih yakin kepada maklumat yang diberi oleh kaum keluarga dari apa yang dituturkan oleh subjek. Hal ini adalah kerana pihak doktor sering mempertikai keesahan bagi kebanyakan yang dituturkan oleh subjek dengan alasan subjek lebih banyak membuat 'irrelevant talking', tidak mampu mengurus dan menyusun psikomotor dan pemikiran mereka dengan baik dan rasional.

Ketiga, mengenai BAB IV yang akan mengemukakan apa

yang akan datang ini mungkin sudah terlintas di minda. Sekiranya pengesahan-

nya adalah positif PERANAN DAN OPERASI UNIT PERUBATAN JIWA (UPJ) yang akan diberi kepada

mereka.

Bab ini akan membincangkan perkara berhubung dengan peranan dan tatacara UPJ beroperasi. Ianya akan merangkumi aspek-aspek tentang objektif dan tugas UPJ, prosedur kemasukan (admission) dan juga keluaran (discharge) subjek.

Jumlahnya Pelatih Kejuruan 2 minggu untuk setiap orang yang akan

4.1 Objektif dan Peranan UPJ

skema ini adalah:

Berhubung dengan tugas utama UPJ ada dijelaskan di dalam

Unit Perubatan Jiwa juga ada peranan dalam bentuk

Laporan Tahunan UPJ Hospital Besar Kota Bharu Kelantan (1983: 1)

memberi ceramah di sekolah, kepada kakitangan mahkamah dan dalam aktiviti satu persatu. UPJ mempunyai 3 tugas utama.

social dari masa ke masa? Perkhidmatan Klinik Jiwa (peripheral

clinic) Pertama, untuk memberi rawatan dan pemulihan kepada subjek.

Bagi tujuan tersebut, kesemua kakitangan dikehendaki bekerja sebagai

satu kumpulan (teamwork). Kakitangan tersebut meliputi bahagian

klinikal psikologi, Jabatan Asuhan Carakerja dan Unit Kebajikan

4.2 Kemasukan Subjek (Admission)

Hospital.

Bentuk kemasukan yang akan dititikberatkan di sini adalah

Kedua, untuk 'Assessment Forensic' iaitu membuat penilaian

mengenai tatacara kemasukan ke wad. Terangnya, tatacara bagi

perubatan terhadap kes-kes dari mahkamah untuk perhatian dan laporan

sebarang itu menjadi subjek (IP). Ini kerana untuk menjadi

medico-legal. Unit ini juga memberikan perkhidmatan rawatan kepada

subjek (UPJ) adalah melalui cara yang lebih mudah dan ringkas.

para banduan dari Penjara Pengkalen Chepa yang mengalami gangguan

Ianya hanyalah melalui tatacara pendaftaran biasa, serta pengawasan

mental.

untuk seseorang yang berpenyakit dengan pendarasan di klinik biasa,

Ketiga, memeriksa dan seterusnya akan mengesahkan sama ada seseorang itu penagih dadah ataupun tidak. Sekiranya pengesahannya adalah positif maka rawatan yang sepatutnya akan diberi kepada mereka.

Lain-lain peranan UPJ termasuklah untuk memberi latihan lanjutan untuk pegawai perubatan melalui ceramah perubatan dan mesyuarat klinikal. Unit ini juga menyediakan latihan bagi Jururawat Pelatih selama 3 minggu untuk setiap bahagian tahun akademik mereka.

Unit Perubatan Jiwa juga memainkan peranan dalam bentuk memberi ceramah di sekolah, kepada badan sukarela dan dalam aktiviti sosial dari masa ke semasa. Perkhidmatan klinik luar (peripheral clinic) turut disediakan. Ia merangkumi 6 jajahan dalam negeri Kelantan iaitu Pasir Mas, Tumpat, Machang, Pasir Putih, Tanah Merah dan Kuala Krai.

4.2 Kemasukan Subjek (Admission)

Bentuk kemasukan yang akan dititikberatkan di sini adalah mengenai tatacara kemasukan ke wad. Tegasnya, tatacara bagi seseorang itu menjadi subjek (IP). Ini kerana untuk menjadi subjek (OP) adalah melalui cara yang lebih mudah dan ringkas. Ianya hanyalah melalui tatacara pendaftaran biasa, sama sebagaimana untuk seseorang yang berpenyakit demam mendaftar di klinik biasa.

Manakala dalam konteks kajian ini, subjek (OP) didaftar kerana gejala gangguan mental yang dialami olehnya.

Kemasukan ke wad UPJ adalah berdasarkan kepada beberapa kriteria. Menurut pegawai perubatan di sini, kriteria yang diperlukan adalah mereka yang ditafsirkan oleh orang lain sebagai merbahaya kepada diri subjek ataupun orang ramai. Lain-lain kriteria termasuklah menunjukkan tanda-tanda perubahan dalam tingkahlaku mereka. Perubahan yang lazim melanda mereka adalah tidak berkeupayaan menjalankan tugas sehari-harian, tidak boleh mengurus diri sendiri dan bersikap menyisih diri dari masyarakat. Namun kriteria tersebut terkecuali bagi kes medico-legal.

Ada 3 cara kemasukan ke wad UPJ. Ketiga-tiga cara tersebut adalah:-

1. Sukarela (voluntary admission)
2. Menggunakan borang (certified admission)
3. Medico-legal

Seperkara yang perlu ditegaskan di sini, ketiga-tiga cara kemasukan tersebut sememangnya melibatkan pengisian borang tertentu. Setiap borang itu pula sedikit sebanyak akan memberi kesan terhadap bentuk rawatan yang bakal dilalui oleh subjek kelak. Oleh itu adalah dirasakan perlu untuk dihurai terlebih dahulu secara ringkas berhubung dengan jenis borang yang terlibat.

Manakala dalam konteks kajian ini, subjek (OP) didaftar kerana gejala gangguan mental yang dialami olehnya.

Kemasukan ke wad UPJ adalah berdasarkan kepada beberapa kriteria. Menurut pegawai perubatan di sini, kriteria yang diperlukan adalah mereka yang ditafsirkan oleh orang lain sebagai merbahaya kepada diri subjek ataupun orang ramai. Lain-lain kriteria termasuklah menunjukkan tanda-tanda perubahan dalam tingkahlaku mereka. Perubahan yang lazim melanda mereka adalah tidak berkeupayaan menjalankan tugas sehari-harian, tidak boleh mengurus diri sendiri dan bersikap menyisih diri dari masyarakat. Namun kriteria tersebut terkecuali bagi kes medico-legal.

Ada 3 cara kemasukan ke wad UPJ. Ketiga-tiga cara tersebut adalah:-

1. Sukarela (voluntary admission)
2. Menggunakan borang (certified admission)
3. Medico-legal

Seperkara yang perlu ditegaskan di sini, ketiga-tiga cara kemasukan tersebut sememangnya melibatkan pengisian borang tertentu. Setiap borang itu pula sedikit sebanyak akan memberi kesan terhadap bentuk rawatan yang bakal dilalui oleh subjek kelak. Oleh itu adalah dirasakan perlu untuk dihurai terlebih dahulu secara ringkas berhubung dengan jenis borang yang terlibat.

diperoleh Borang-borang⁵ tersebut adalah: bagi yang berumur 18 tahun,

10 tahun, borang tersebut mestilah diisi dengan AI perlu ditanda-tangani oleh doktor berdaftar. Borang A - Berkesan untuk rawatan selama 3 bulan. Ditandatangani oleh doktor berdaftar.

10 tahun, subjek tersebut mestilah berumur demikian tetapi harus

disertai B - Berkesan untuk 14 hari waktu pengawasan. Ditandatangani oleh doktor berdaftar.

4.2.2 Kemasukan Secara Sukarela

C - Ditandatangani oleh saudara mara subjek.

Kemungkinan untuk subjek masuk ke dalam wad untuk rawatan

lain-D - Ditandatangani oleh kawan-kawan. Biasanya dalam

penggunaan Borang A di atas, hanya lebih banyak satu arahan yang

F (No. 57) - Dikeluarkan oleh Polis Diraja Malaysia (PDRM 57).

dikeluarkan oleh pihak doktor untuk dimasukkan subjek ke wad.

Berkesan untuk 3 hari semasa pengawasan. Ia membenarkan

Pengeluaran Borang A juga bererti pihak perubatan UPJ telah bersetia

subjek untuk ditahan di UPJ.

hati bahawa subjek tersebut mestilah ada memiliki tanda-tanda

sebagai G - Permohonan oleh Lembaga Pelawat ke pengadilan mahkamah.

sebolehnya subjek tersebut diberi perhatian dan rawatan dalam

H - (i) Perintah dari pengadil mahkamah untuk melanjutkan

wad untuk tempoh lebih dari 3 bulan.

rawatan ke atas subjek.

Kemungkinan dengan menggunakan Borang B pula adalah

(ii) Perintah mahkamah melalui surat rasmi dengan

bertujuan untuk dimasukkan perubatan saja. Ini disebabkan doktor

cap kerajaan untuk menahan kes sivil dan kes

seolah-olah pada masa itu benar-benar mempunyai masalah

jenayah.

psikiatrik ataupun tidak. Tempoh perhatian ini adalah selama

4.2.1 Kemasukan Secara Sukarela

Subjek tersebut mestilah berumur demikian tetapi harus

Subjek sendiri secara sukarela bersedia untuk dimasukkan

ke dalam wad bagi menjalani rawatan. Namun beberapa syarat haruslah

dipenuhi terlebih dahulu. Di antaranya, bagi yang berumur bawah 18 tahun, borang kemasukan sukarela atau (Borang A) perlu ditandatangani oleh waris atau penjaganya. Sebaliknya jika melebihi 18 tahun, subjek sendiri dibenarkan berbuat demikian tetapi harus disertakan juga dengan Borang C.

4.2.2 Kemasukan Menggunakan Borang

Kemasukan cara ini juga masih menggunakan Borang A dan lain-lain borang sama ada Borang B, C atau F-57. Bezanya dalam penggunaan Borang A di sini, ianya lebih merupakan satu arahan yang dikeluarkan oleh pihak doktor untuk dimasukkan subjek ke wad. Pengeluaran Borang A juga bererti pihak perubatan UPJ telah berpuas hati bahawa subjek tersebut sememangnya ada memiliki tanda-tanda mengalami masalah berbentuk psikiatrik. Dengan Borang A ini membolehkan subjek berkenaan diberi perhatian dan rawatan dalam wad untuk tempoh tidak lebih dari 3 bulan.

Manakala kemasukan dengan menggunakan Borang B pula adalah bertujuan untuk dilakukan pemerhatian saja. Ini disebabkan doktor masih kurang pasti sama ada subjek itu benar-benar mempunyai masalah psikiatrik ataupun tidak. Tempoh pemerhatian ini adalah selama 2 minggu. Dalam jangkamasa tersebut, tidak ada sebarang rawatan khusus yang dibenarkan untuk diberi kepada subjek.

Adalah perlu ditegaskan bahawa, kedua-dua Borang A dan B ini tidak boleh ditandatangani oleh pakar psikiatri. Hanya doktor berdaftar sahaja yang dibenarkan berbuat demikian.

Dalam konteks di UPJ, Borang F-57 ini lebih berfungsi sebagai meyakinkan pihak doktor khususnya yang bertugas di Unit Kecemasan HBKB bahawa subjek memang sah ada mempunyai tanda-tanda masalah psikiatrik lebih-lebih lagi yang berbentuk agresif. Ini ekoran dari kedatangan mereka ke hospital sendiripun terpaksa diiringi oleh anggota keselamatan. Malahan ianya memberi tanggapan selanjutnya bahawa subjek tersebut tidak harus dibiarkan bebas berkeliaran dalam masyarakat kerana berkemungkinan akan membahayakan keselamatan umum. Dengan tanggapan yang sedemikian, lazimnya akan menyegerakan doktor yang berkenaan menandatangani Borang A bagi tujuan kemasukan segera ke wad.

4.2.3 Medico-Legal

Kemasukan bagi jenis medico-legal bererti bahawa subjek berkenaan adalah didakwa melakukan jenayah di bawah Seksyen 342 tetapi disyaki sedang menghadapi masalah psikiatrik semasa melakukannya. Oleh itu mereka akan dihantar ke UPJ atas arahan hakim atau magistret untuk dilaku pengesahan oleh pakar psikiatrik. Sekiranya didapati mereka benar mempunyai masalah psikiatrik penahanan bolehlah dibuat. Penahanan tersebut haruslah diajukan kepada Lembaga Pelawat. Lembaga

ini akan mengeluarkan Borang G yang siap ditandatangani untuk dihantar ke mahkamah bersekali dengan pengesahan yang dibuat oleh pakar psikiatrik tadi. Seterusnya pula, mahkamah akan mengeluarkan Borang H untuk tujuan membenarkan rawatan dilanjutkan.

Borang H ini juga berfungsi untuk membenarkan subjek diletakkan dalam wad buat selama-lama. Bila hal ini terjadi, subjek tersebut lazimnya akan dipindahkan ke hospital sama ada Hospital Tampoi atau Hospital Bahagia. Ini kerana kedua-dua hospital tersebut lebih merupakan tempat tahanan untuk tempoh jangka masa yang panjang.

Borang H juga boleh digunakan ke atas subjek yang bukan didakwa melaku atau terlibat dengan jenayah tetapi dalam kes 'social rejection' iaitu subjek tersebut tidak diterima oleh masyarakat disebabkan tempoh masalah psikiatrik yang dihadapinya begitu lama hingga masyarakat enggan mengakui subjek telah dapat dan mampu mencampuri mereka semula sebagaimana sebelum mereka 'sakit' dulu. Demikian juga Borang H turut diguna dalam kes yang melibatkan subjek tidak ada tempat bergantung apabila dibenarkan keluar dan memohon pihak hospital mengurus agar mereka dapat tempat tinggal yang terjamin di situ meskipun gejala gangguan mentalnya tidak lagi ada. Ini terutamanya sebagaimana yang dihadapi di kalangan mereka yang telah lanjut umur dan saudara mara enggan, tiada atau keberatan untuk menerima mereka. Hal ini disebabkan

pihak Rumah Orang-Orang Tua di Kelantan kini, tidak lagi mahu menerima penghuni baru yang datangnya dari UPJ kerana dikhuatiri menjejaskan keselamatan lain-lain anggota di situ melainkan mereka itu memang asal penghuni Rumah tersebut.

Seandainya pula subjek didakwa atas sabit kesalahan melaku kesalahan kecil, lazimnya mahkamah akan memerintah penahanan untuk selama 30 hari dibuat. Tempoh tersebut boleh dilanjutkan lagi hingga kepada 3 bulan. Manakala bagi kes kesalahan berat seperti membunuh, subjek akan ditahan selama 30 hari atau mungkin dilanjutkan lagi kepada 6 bulan. Kedua-dua kes tersebut dilakukan secara mengeluarkan surat rasmi yang bertanda dengan cap kerajaan. Tatacara ini khusus bagi penahanan kes sivil atau kes jenayah. Seterusnya, Majlis Raja-Raja akan mengeluarkan perintah supaya subjek atau penjenayah dihantar ke Hospital Sakit Jiwa yang terdapat di Malaysia untuk menjalani rawatan.

Borang I adalah sejenis lagi borang yang dikeluarkan oleh mahkamah. Ia mempunyai bidang kuasa memerintah kemasukan segera dan ianya berkesan hanya untuk tempoh 7 hari. Borang ini melibatkan kes penahanan subjek bagi tujuan 'Assessment Forensic' dan subjek itu pula datang jauh dari UPJ. Jika pengesahan masih belum dapat diputuskan, permohonan untuk dilanjutkan tempoh tersebut kepada 7 hari lagi haruslah diajukan kepada pihak mahkamah.

4.3 Keluaran (Discharge)

Berikut akan diuraikan tentang tatacara bagi mengeluarkan subjek (IP).

Bagi mengeluarkan subjek dari jenis kemasukan secara sukarela dan secara menggunakan borang adalah melalui tatacara yang sama.

Notis akan dikeluarkan dalam tempoh 7 hari daripada tarikh mereka dibenarkan keluar. Subjek akan diberitahu secara lisan manakala pihak keluarga pula akan diberitahukan secara bertulis. Tujuan pihak UPJ berbuat demikian supaya memudahkan pihak keluarga untuk datang menjemput subjek. Namun banyak kes yang menunjukkan bahawa tidak ramai kaum keluarga yang berbuat demikian. Oleh yang demikian, urusan penghantaran mereka telah dipertanggungjawabkan kepada pihak pegawai Kebajikan Masyarakat. Dari pemerhatian yang dibuat, lebih ramai subjek lelaki yang terlibat dengan penghantaran cara ini berbanding dengan subjek perempuan. Subjek juga akan diberi pelepasan apabila pihak Kebajikan Masyarakat berpuas hati dengan keadaan diri subjek. Di samping itu, pihak Kebajikan Masyarakat juga akan memberi tambang secukupnya kepada mereka.

4.3.1 Tatacara Mengeluar Subjek Bagi Kemasukan Jenis Medico-Legal

Subjek bagi kes sivil akan dibenarkan keluar berdasarkan

kepada penilaian yang dibuat oleh pihak doktor. Penilaian ini dibuat semasa 'review cases' dari semasa ke semasa dilakukan. Sekiranya ahli psikiatrik telah berpuas hati dengan status mental subjek tadi, makluman bertulis akan diajukan ke pengetahuan pihak mahkamah bahawa subjek tersebut telah layak menjalani semula perbicaraan yang ditangguh dulu. Sebaliknya jika mereka masih belum menampakkan tanda-tanda berkurangnya gejala gangguan ke atas mental mereka, pihak UPJ boleh memohon dari mahkamah agar melanjutkan tempoh penahanan tersebut. Bila cukup tempoh pihak pentadbiran UPJ akan membangkit usul ini dalam mesyuarat dengan Lembaga Pelawat dan keputusan membenarkan subjek dikeluarkan akan dibuat oleh Lembaga Pelawat. Tindakan selanjutnya akan diambil oleh Pengarah Hospital untuk diberitahu kepada pihak mahkamah dan mendapatkan keputusan selanjutnya dari mereka.

Subjek yang disabit melaku kesalahan jenayah bawah Kod Peraturan Jenayah 1978 bawah Seksyen 342 hingga 352 boleh ditahan dalam wad untuk tujuan pengawasan dan rawatan selama beberapa bulan mengikut sebagaimana yang diarahkan oleh pihak mahkamah. Jika segala gangguannya belum berkurang, tempoh tersebut dilanjutkan lagi hingga menjadi 3 bulan. Sekiranya subjek masih tidak waras meskipun jangkamasanya telah sampai, atas nasihat pengadil atau hakim mahkamah pemerintah kaunsel boleh meneruskan perintah penahanan hingga ke suatu masa yang tidak dapat ditentukan.

Bagi subjek yang dilaporkan oleh pentadbiran UPJ bahawa telah 'baik' akan dihantar oleh Pengarah Hospital untuk menjalani perbicaraan. Tindakan ini diambil setelah diadakan mesyuarat dengan Ahli-ahli Tribunal Kesihatan Mental iaitu yang terdiri dari seorang ahli psikiatrik sebagai pengerusinya, pakar perubatan, peguam dan pekerja biasa. Sekiranya perbuatan subjek dikatakan memang berpunca dari gangguan mental yang dihadapi olehnya, tuduhan jenayah yang dikenakan ke atasnya lazimnya akan digugurkan. Subjek tersebut selanjutnya dihantar ke Hospital Jiwa hingga ke suatu tempat yang tidak dapat ditentukan.

Salah satu tatacara lagi bagi mengeluarkan subjek dari hospital bagi kes jenis tersebut adalah atas nasihat Ahli-Ahli Tribunal, pemerintah dalam kaunsel bertindak membenarkan subjek itu dikeluarkan. Terdapat juga kes yang menunjukkan bahawa saudara mara subjek sendiri yang mengaju permohonan dan jaminan agar subjek dibenarkan keluar. Namun ianya tetap dilakukan melalui Tribunal Kesihatan Mental dan disokong oleh Pemerintah Kaunsel.

Manakala bagi subjek yang disabit dalam kes bunuh bawah Seksyen 348 boleh dikeluarkan hanya dengan cara waris mereka menemui Setiausaha Kerajaan Negeri dan memohon Setiausaha berkenaan mengusul pengampunan ke atas subjek dari pihak Duli Yang Mulia Sultan Kelantan.

Selanjutnya akan dihurai tentang data mengenai kemasukan dan keluaran subjek dengan lebih jelas.

Menurut pihak pentadbiran wad UPJ purata kemasukan dianggarkan 4 hingga 5 orang sehari. Manakala kemasukan di luar waktu pejabat pula melebihi dari kadar tersebut. Sehubungan dengan ini, pakar psikiatrik menjelaskan bahawa purata subjek ke UPJ bagi tujuan mendapatkan rawatan adalah lebih kurang 1,000 orang hingga bulan April 1986. Manakala itu pula, terdapat lebih 20 kes dari penjara Pengkalan Chepa yang sedang menunggu untuk rawatan ulangan.

Dari Jadual 7, kemasukan kes berulang adalah lebih tinggi jumlahnya berbanding dengan kemasukan kes baru untuk bulan Januari 1986. Berdasar kepada jadual tersebut, didapati jumlah kes berulang bagi kedua-dua lelaki dan perempuan mencatat lebih 101 kes (132%) berbanding dengan jumlah kes baru yang hanya 66 kes (68%).

Jadual 7: Data Kemasukan Ke Wad UPJ Bagi
Bulan Januari 1986

Jenis Kes	Perempuan		Lelaki	
	Bilangan	%	Bilangan	%
Kes Baru	10	23	56	45
Kes Berulang	33	77	68	55
Jumlah	43	100	124	100

Sumber: Rekod Kedatangan Wad UPJ, HBKB, Kelantan

Perbandingan dari segi jantina juga menunjukkan bahawa kes berulang masih mengatasi kes baru iaitu hanya ada 10 kes (23.3%) berbanding dengan kes berulang iaitu sebanyak 33 kes (76.7%).

Jika ditumpu hanya pada kes di kalangan subjek perempuan saja didapati satu selisihan yang agak besar iaitu antara kes baru dengan kes berulang berbeza sebanyak 23 kes (54%). Manakala di kalangan subjek lelaki pula tidak begitu ketara selisihannya. Di kalangan subjek lelaki bagi kedua-dua jenis kes tersebut hanya berbeza 12 kes (10%) dari jumlah keseluruhan 124 kes yang direkodkan. Dari segi nisbah pula, nisbah kes baru kepada kes berulang di kalangan subjek perempuan adalah 1 : 3.3 sedangkan bagi subjek lelaki cuma 1 : 1.21.

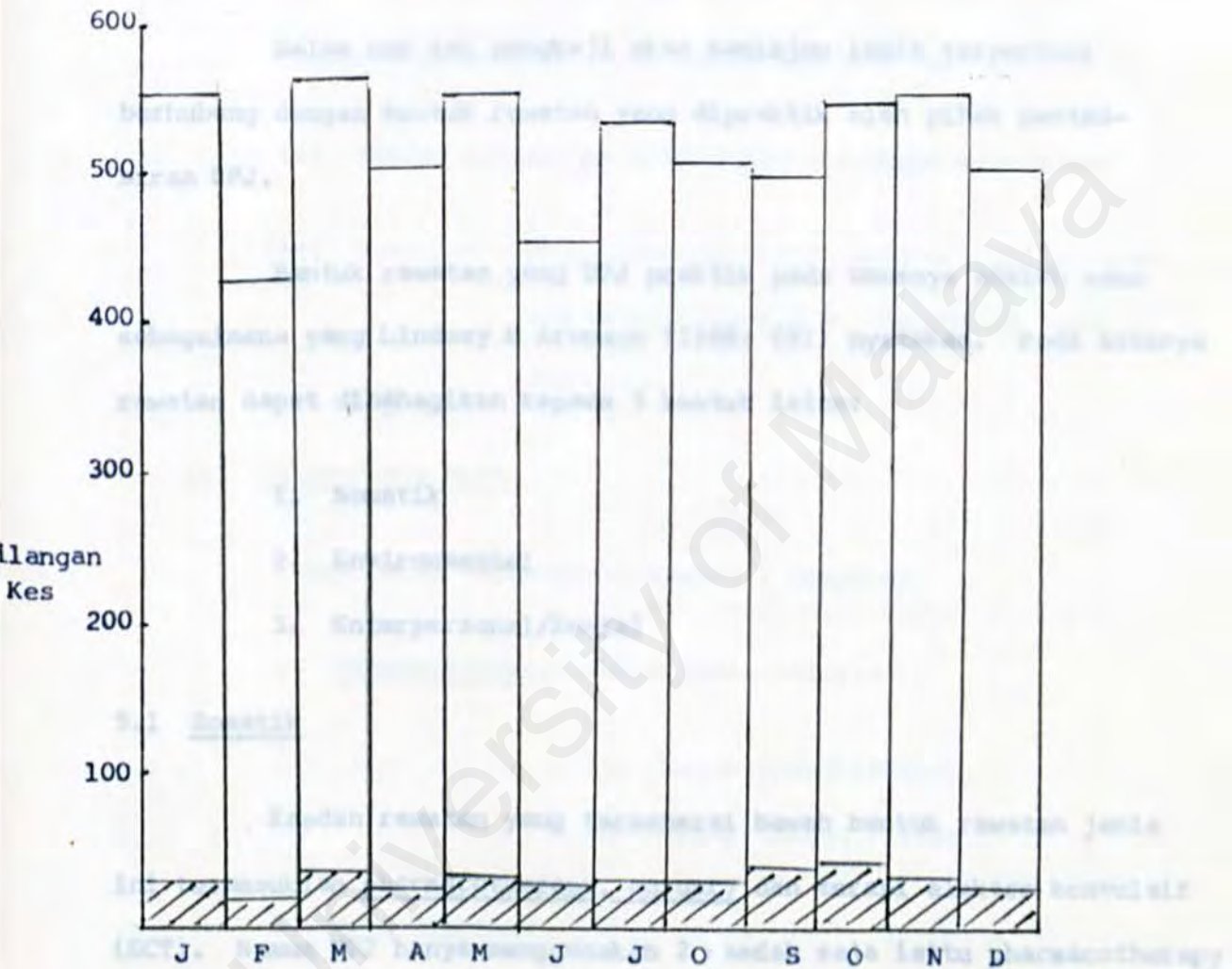
Manakala jumlah kedatangan ke klinik UPJ sebagaimana yang direkodkan telah menunjukkan berlakunya pertambahan dari 4,377 pada tahun 1975 kepada 6,207 pada tahun 1983 (Laporan Tahunan UPJ, 1983). Seperkara yang perlu ditegaskan, mereka yang berkunjung ke klinik ini ada juga dari kalangan bekas subjek (IP) iaitu subjek yang telah keluar dari wad dan menjalani rawatan sebagai 'pesakit luar' (OP) pula.

Kakitangan yang terlibat dalam pengendalian klinik bergerak pula adalah terdiri dari seorang doktor, pakar psikiatrik (kecuali jika terlibat dengan urusan lain), beberapa orang Pembantu Hospital serta jururawat. Mereka akan ke hospital jajahan mengikut waktu sebagaimana telah ditetapkan. Dari sebanyak 6 buah klinik bergerak

di 6 jajahan hanya klinik-klinik di jajahan Pasir Mas dan Machang saja yang menyediakan perkhidmatan sebanyak 2 kali sebulan. Manakala lain-lain jajahan hanya memberi perkhidmatan sekali sebulan.

Dari carta yang ditunjukkan didapati pola kedatangan subjek (OP) ke klinik UPJ bagi sepanjang tahun 1983, jumlah kes berulang adalah melebihi 500 kes kecuali dalam bulan Februari dan Jun. Sebaliknya pula pola bagi jumlah kes baru menunjukkan keadaan yang hampir seragam dan tidak melebihi 100 kes sepanjang tempoh yang sama. Faktor yang menyebabkan jumlah kedatangan meningkat sebegitu pesat hingga mencapai ke angka ratusan adalah ekor dari jumlah yang besar di kalangan kes berulang. Sebaliknya prestasi kes baru sebagaimana direkodkan hanyalah meningkat dalam kadar yang perlahan bermula dari bulan Jun ke bulan Oktober. Keadaan tersebut mula menurun di bulan-bulan berikutnya. Meskipun kes berulang turut mengalami keadaan yang sama, namun ia melibatkan selisihan yang kecil saja. Pola kedatangan subjek bagi kes berulang menunjukkan keadaan turun naik secara berselang seli dan coraknya mula kelihatan agak konstan menjangkau bulan Oktober dan November. Walaupun demikian kedatangan subjek mula menurun semula pada bulan berikutnya. (Sila rujuk Rajah 4).

Rajah 4: Carta Kedatangan Subjek (OP) Ke Klinik
UPJ Kota Bharu Dari 1hb. Januari 1983
Hingga 31hb. Disember 1983



Sumber: Laporan Tahunan UPJ, HBKB Bagi Tahun 1983



- Kes-kes Baru



- Kes-kes Berulang

BAB V

RAWATAN

Dalam bab ini pengkaji akan meninjau lebih terperinci berhubung dengan bentuk rawatan yang dipraktik oleh pihak pentadbiran UPJ.

Bentuk rawatan yang UPJ praktik pada umumnya adalah sama sebagaimana yang Lindzey & Aronson (1968: 691) nyatakan. Pada asasnya rawatan dapat dibahagikan kepada 3 bentuk iaitu:

1. Somatik
2. Environmental
3. Enterpersonal/Sosial

5.1 Somatik

Kaedah rawatan yang tersenarai bawah bentuk rawatan jenis ini termasuklah pharmacotherapy, surgery dan terapi elektro konvulsif (ECT). Namun UPJ hanya menggunakan 2 kaedah saja iaitu pharmacotherapy dan ECT. Kedua-dua kaedah ini merupakan kaedah yang digunakan bagi tujuan pemulihan fizikal.

5.1.1 Kaedah Pharmacotherapy

Ia merupakan satu kaedah dengan cara memberi ubat-ubatan iaitu pemberian ubat jenis psikotrofik yang khusus bagi kes-kes

berbentuk psikiatrik.

1. Tatacara Pemberian Ubat

Terdapat 2 tatacara dalam pemberian ubat tersebut iaitu:

(i) Tablet - Ubat tersebut ditelan sebagaimana biasa.

(ii) Suntikan - Ubat tersebut diberi secara suntikan sama ada melalui vena atau dimasukkan melalui otot-otot.

ii. Jenis-Jenis Ubat

Ianya dapat dibahagikan kepada 5 kumpulan:

1. Tranquillizer. Ada 2 jenis iaitu:-

(a) Major Tranquillizer

(b) Minor Tranquillizer

2. Anti-depresen

3. Anti-konvulsan

4. Sedatif (hypnotics)

5. Stimulan

1. Tranquillizer

Ia merupakan sejenis ubat penenteram untuk jenis anti-psikotik (Candiah, 1981: 182).

(a) Major Tranquillizer

Fungsinya - Ia berfungsi untuk mengawal proses mental dan kelakuan subjek tanpa menekan paras kesedaran mereka. Ini dapat melegakan subjek tanpa melibatkan fungsi-fungsi asas mental mereka dan dapat mengawal gejala psikosis misalnya mengancam, perasaan gelisah, delusi dan halusinasi yang teruk. Di samping itu juga ia melegakan gejala teruk rencatan akal (mental retardation) dan gejala 'withdrawal' ketagihan dadah (sebagaimana dalam kes dadah).

Jenis-Jenisnya - (i) Fenotiazina - Ia bertindak 2 cara:-

(a) Berkuasa untuk jangkamasa singkat iaitu bagi jenis pemberian secara tablet.

(b) Berkuasa panjang iaitu bagi pemberian secara suntikan.

Contoh fenotiazina yang bertindak cara (a) adalah largactil,⁶ sparine,⁷ melleril,⁸ stelazine⁹ dan trilafon.¹⁰ Manakala jenis yang bertindak cara (b) pula termasuklah suntikan anatensol (tiap-tiap 2 - 3 minggu diberi sekali suntikan) dan jenis modecate (tiap-tiap 3 - 4 minggu sekali).

Jenis Subjek - Ubat tersebut diberikan kepada subjek psikosis khususnya jenis skizofrenia, mania reaksi dan psikosis organik.

Kesan Sampingan - Namun setiap satunya memang memberi kesan sampingan yang buruk. Ini lebih-lebih lagi ke atas 3 sistem badan iaitu ke atas sistem kardio-vaskular, sistem 'Gastro-intestinal' dan sistem urat saraf.

Kesan buruk ke atas sistem kardio-vaskular mengakibatkan tekanan darah yang rendah dengan denyutan jantung yang cepat. Manakala kesan terhadap sistem 'Gastro-intestinal' pula menyebabkan mulut menjadi kering, selera berlebihan hingga berat badan naik, jaundis dan juga sembelit. Kesan bagi sistem urat saraf pula antara lainnya tangan menggeletar, mengantuk, ketegangan otot (parkinsonisme), mengheret kaki semasa berjalan dan muka seperti bertopeng.

Manakala lain-lain kesan sampingan termasuk juga ke atas jantung, kelenjar endokrina yang menyebabkan kencing mengandungi glukos, kesan alahan (allergy) seperti kulit terasa gatal dan krisis okulogrik iaitu pada mulanya subjek melihat dengan pandangan yang tajam dan beberapa saat kemudian matanya berputar ke atas dan ke tepi dan berterusan dalam keadaan sedemikian kerana tidak berdaya untuk bergerak.

Bila terjadi atau terdapat tanda-tanda krisis okulogrik itu tadi pihak perubatan akan segera memberi ubat penawar sebagai ikhtiarnya. Dalam konteks UPJ, ubat penawar jenis artane diberikan. Manakala Norfleks pula diberi untuk kes krisis okulogrik (Candiah, 1981: 182 - 183).

(ii) Butirofenona - Ia adalah sejenis ubat haloperidol.

Fungsinya - Ia diberikan bagi tujuan mengawal agitasi penyakit hipomania atau mania kerana ia mengurangkan pertukaran 'mood'.

Kesan sampingan - Namun ia meninggalkan kesan sampingan misalnya Parkinsonisme tetapi tidak mengganggu tekanan darah dan sesuai digunakan ke atas orang yang telah berumur (Candiah, 1981: 184).

(b) Minor Tranquillizer

Fungsinya - Ia digunakan untuk menenangkan gejala-gejala ketidakseimbangan, ketegangan dan semua gejala neurosis terutama jenis fobia dan dukacita (anxiety).

Jenis Subjek - Merujuk kepada fungsinya tadi, jadi ianya sesuai terhadap subjek jenis neurosis.

Contoh Ubat - Contoh ubat yang terangkum dalam kategori ini termasuklah valium, librium dan clobazam.

Kesan Sampingan - Namun ianya turut menimbulkan beberapa kesan sampingan. Di antaranya termasuklah merasa mengantuk, ruam, pening kepala, 'hypotension' dan mungkin timbul ketagihan.

2. Anti-Depresen

Ia diberi dalam kes dukacita.

4. Fungsi - Ianya dapat melegakan tindakbalas dukacita.

Jenis Subjek - Oleh yang demikian ianya digunakan ke atas subjek yang mengalami tekanan jiwa endogenus khususnya jenis 'depression' dan 'anxiety'.

Contoh Ubat - Dadah anxiolitik e.g. valium, librium.

Kesan Sampingan - Namun sebagaimana lain-lain ubat psikotropik iaitu ianya tetap memberi kesan sampingan tertentu. Di antaranya pening kepala, berpeluh dengan banyak, kulit rasa gatal, pandangan kabur, badan menggeletar dan tekanan darah juga menjadi rendah.

3. Anti Konvulsan

Fungsi - Ianya dapat mengurangkan 'irritability' dan juga mengawal pengeluaran rangsangan - 'electrical discharges'.

Jenis Subjek - Ianya diberi kepada mereka yang diserang sawan (epilepsy).

Kesan Sampingan - Kesan sampingan yang lazim dialami termasuklah rasa mengantuk, pandangan kabur, ruam, pertuturan kurang jelas dan gusi membengkak (oleh itu ia diberi bersama-sama dengan tablet vitamin).

4. Sedatif

Fungsi - Ia diberi supaya menimbulkan rasa ingin tidur.

Ia akan diberi melalui suntikan seandainya subjek berada dalam keadaan kacau-bilau.

Kesan Sampingan - Antara kesan sampingan yang ditinggalkan olehnya adalah rasa dukacita yang berlanjutan, gangguan emosi, serangan penyakit asthma dan di kalangan orang tua pula mengalami mimpi dahsyat serta meracan.

5. Stimulan

Fungsi - Jenis ini diberi bagi tujuan menggalakkan sistem saraf pusat di samping turut merangsang aktiviti-aktiviti fizikal dan mental menjadi aktif.

Contoh ubat jenis ini adalah amphetamine.

Kesan Sampingan - Subjek akan mengalami kurang tidur, meningkatnya 'hypertension', kurang selera hingga berat badan merosot. Ia juga merupakan dadah awal untuk 'depression' tetapi kurang dipraktikkan kerana mendatangkan bahaya.

Pemberian kesemua ubat psikotrofik di atas tadi pada asasnya bertujuan untuk melegakan gejala-gejala 'acute' sakit jiwa dan dalam waktu yang sama berperanan sebagai media yang menyediakan subjek untuk dilakukan rawatan 'supportive' selanjutnya.

Tatacara penyeliaan dalam pemberian ubat-ubatan tersebut amat dititikberatkan. Bagi kedua-dua wad lelaki dan perempuan tatacaranya adalah serupa. Oleh itu sebagai contoh perbincangan tumpuan lebih diberikan kepada wad perempuan. Di wad ini penyeliaannya diselenggarakan oleh seorang jururawat terlatih dan dibantu oleh seorang Pembantu Jururawat. Pemberian ubat dilakukan selepas subjek makan (tengahari dan malam). Jururawat akan memanggil nama setiap subjek yang dikehendaki memakan ubat ke troli ubat. Troli tersebut ditempatkan di luar wad. Subjek yang dipanggil namanya akan datang ke troli menerima ubat masing-masing. Di waktu ini jugalah jururawat akan memastikan ubat yang diarah suruh makan akan dibuat sedemikian oleh subjek tadi. Oleh itu, subjek dikehendaki menelan ubat di hadapan jururawat itu juga. Ini bagi menghindar jenis subjek yang bersikap cuba mengelak dari disuruh memakan ubat dengan cara menyembunyi atau membuang ubat yang telah diberikan itu. Menurut kakitangan UPJ, keengganan subjek memakan ubatlah dikatakan sebagai punca subjek tersebut mengalami 'relapse' iaitu gangguan mentalnya menyerang semula.

Sebenarnya, ekoran dari tatacara pengambilan ubat dan sikap jururawat yang mengendalikan pemberian ubat telah menimbulkan beberapa implikasi psikologikal ke atas subjek. Subjek akan rasakan bahawa memang mereka sebenarnya sakit memandangkan disuruh atau tegasnya diarah untuk memakan ubat. Sedangkan sebagaimana menurut pendapat Candiah (1981) bahawa sebenarnya pemberian ubat itu lebih membawa

pengertian simbolis kepada subjek. Pendapat umum berhubung dengan pengambilan ubat adalah ia hanya merupakan satu mekanisma yang digunakan bila individu itu sakit sebagai langkah menyembuhkannya. Jadi impak yang diharapkan dari diri subjek adalah agar subjek menimba pandangan yang serupa sekaligus memperkukuh hakikat sememangnya mereka mengalami gangguan mental atau 'sedang sakit'.

Semua kakitangan UPJ bertanggungjawab untuk memerhati dan mengawasi kelakuan subjek sepanjang masa. Catatan berhubung dengan kelakuan subjek akan direkodkan. Bahagian wad perempuan dilakukan oleh jururawat terlatih dan Pembantu Hospital rendah pula untuk bahagian lelaki. Ianya diambil 3 kali sehari iaitu pagi, tengahari dan malam. Laporan tersebut menitikberatkan tentang pengambilan diet; selera atau tidak, pengambilan ubat dan lamanya masa mereka tidur dan sama ada lena atau tidak. Laporan ini berperanan sebagai maklum-balas kepada jenis ubat yang doktor berikan.

Pemberian ubat-ubatan psikotrofik bergantung kepada jenis kes dan keadaan subjek. Bagi jenis kes dipastikan sama ada kes baru ataupun kes berulang manakala keadaan subjek pula sama ada mereka bersikap agresif dan menyerang ataupun tidak untuk kes baru, subjek akan diletakkan 'bawah pengawasan'. Ini bermakna subjek tersebut belum boleh diberi sebarang ubat melainkan jika perlu. Misalnya subjek bersifat agresif dan menyerang. Keadaan ini lebih kerap ditemui di kalangan subjek psikotik lelaki. Kes berulang

kerana 'relapse' misalnya 'relapse schizophrenia', jenis ubat yang diberi adalah mengikut apa yang telah dicatat dalam rekod simpanan UPJ. Misalnya di dalam kad laporan ubat subjek dicatat dengan jenis 'largactil', maka jika sekali lagi mereka dimasukkan ke wad, jenis yang sama diberikan melainkan jika pihak doktor mengarahkan pindaan dilakukan.

Dari pemerhatian pengkaji mendapati bahawa tiada masalah yang timbul terhadap arahan pengambilan ubat sebaliknya ianya timbul semasa pengambilan diet. Terdapat beberapa orang subjek yang enggan berbuat demikian. Manakala bagi kes subjek yang mempunyai masalah untuk tidur, laporan secara lisan akan dibuat oleh kakitangan yang bertugas ke pengetahuan doktor. Doktor akan mengambil tindakan sama ada mengubah dos ataupun menukar jenis ubat. Tindakbalas terhadap ubat tersebut diperhatikan bagi memasti kuantiti dos atau jenis yang sesuai untuk subjek. Kaedah ini hampir menyamai teknik 'trial and error'. Cuma dalam konteks di sini, keberkesanan dan respon subjek terhadap ubat-ubatan diuji dengan cara memberi sejumlah dos tertentu. Pertukaran jenis ubat atau kuantiti dos akan dilakukan jika diperhatikan terutamanya oleh para jururawat bertugas bahawa ubat-ubatan tersebut tidak atau masih belum mencapai darjah respon sebagaimana sepatutnya.

5.1.2 Kaedah Terapi Elektro Konvulsif (ECT)

Terapi elektro konvulsif merupakan suatu jenis rawatan

fizikal dengan cara memasukkan arus elektrik ke otak subjek melalui alat-alat ECT supaya subjek mengalami getaran tiruan seakan-akan sawan babi.

Teknik ini telah diperkenalkan oleh Dr. Cerletti dan Dr. Bini yang berbangsa Itali dalam tahun 1937 - 1938. Namun pada hari ini, teknik tersebut diubahsuai sedikit dengan mengguna ubat bius dan ubat yang boleh mengengjurkan otot dalam masa yang sama (Candiah, 1981: 175). Teknik ini diguna hasil penemuan oleh seorang pakar psikiatrik bernama Von Meduna yang telah memerhatikan bahawa apabila pesakit skizofrenia dan sawan dikenakan getaran, gejala penyakitnya akan hilang. Dengan pengetahuan tersebutlah getaran tiruan diberikan ke atas psikotik. Seperkara perlu ditegaskan rawatan menggunakan teknik ini hanyalah semata-mata berfungsi untuk mengurangkan sifat-sifat klinikal yang buruk dan bukannya untuk menyembuhkan gangguan khususnya jenis skizofrenia.

UPJ mempraktik teknik ini sebagai pengukuhan kepada kaedah pharmacotherapy khususnya bila hasil dari penggunaan secara ubat-ubatan kurang memuaskan. Misalnya subjek katatonik skizofrenia sembuh secara tiba-tiba apabila getaran elektrik diberi bersama-sama fenotiazina. Tindakbalas yang hampir sama dapat diperhatikan dalam kes skizofrenia. Jika subjek semasa dimasukkan dulu bersikap tidak peduli terhadap diri dan persekitarannya, setelah menjalani ECT mula memperlihatkan perubahan. Demikian juga bagi yang mengalami

gangguan emosi seperti manik kedukacitaan akan berkurang kedukaci-
taannya tadi.

Kaedah ini dikatakan memberi kesan yang baik ke atas
subjek yang mengalami depresi endogenus. Di antara 70% - 80% dari
bilangan yang dirawat telah sembuh dengan ECT (Candiah, 1981: 180).
ECT juga diberikan kepada subjek neurosis yang mengalami gejala
dukacita di samping ubat-ubatan psikotropik.

(a) Keadaan-Keadaan Yang Tidak Membenarkan ECT Digunakan

Kaedah ECT tidak boleh digunakan ke atas semua psikoneurosis
yang tidak menunjukkan kedukacitaan, psikotik organik, psikotik atau
subjek yang mengalami kesakitan fizikal seperti dekomposisi kardiak,
koronari trombotis dan juga ke atas subjek yang mengalami kecederaan
tulang yang tidak boleh sembuh.

(b) Jenis-Jenis ECT

Ada 2 tatacara ia digunakan iaitu:-

- i. ECT secara langsung (straight ECT)
- ii. ECT secara getaran ringan (modified ECT)

ECT secara langsung telah pernah dipraktik oleh UPJ.
Ia dilakukan oleh pakar psikiatrik sendiri di dalam wad UPJ dengan
subjek berada dalam keadaan sedar. Namun sejak tahun 1986, jenis
ini tidak lagi dipraktikkan ekoran dari timbulnya beberapa kesan

buruk seperti kesukaran pernafasan dan patah tulang kerana getaran terlalu kuat. Sebagai gantinya, jenis (ii) telah digunakan.

ECT secara getaran ringan ini pula adalah dilakukan oleh pakar bius. Ia dijalankan di dewan bedah HBKB dan adakala doktor UPJ sendiri melakukannya. ECT jenis ini dilakukan dengan subjek dalam keadaan bawah sedar kerana memang dibiuskan terlebih dahulu.

(c) Prosedur Untuk Getaran Ringan

Ada 2 bentuk persediaan yang harus diberikan sebelum subjek dijalankan ECT. Ianya melibatkan persediaan psikologi dan fizikal.

Persediaan dari segi psikologi perlu untuk mengatasi takut dan bimbang lebih-lebih lagi apabila mereka menyedari bahawa mereka akan menjalani rawatan secara penggunaan memasukkan arus elektrik ke dalam kepala.

Beberapa maklumat lain yang ada hubungan langsung dengan diri subjek juga perlulah dimaklumkan kepada subjek. Ini sekurang-kurangnya dapat mengelak berlakunya salahtafsiran. Misalnya adalah perlu untuk dijelaskan kepada mereka perihal pentingnya mereka tidak dibenar mengambil sebarang makanan sebelum ECT dijalankan. Jadi mereka akan dapat penjelasan dan tidaklah beranggapan buruk bahawa pihak kakitangan perubatan sememangnya sengaja ingin membiarkan mereka lapar.

Perasaan bimbang untuk menjalani ECT melanda semua subjek. Ianya melanda semua lapisan sama ada tua atau muda dan berpelajaran tinggi atau tidak. Cuma darjah dan jenis kebimbangan itu saja yang berbeza. Hasil temubual dengan subjek wad UPJ didapati di kalangan golongan yang kurang pelajaran (Tingkatan 3 dan ke bawah) menganggap ECT ini menjadikan mereka 'makin gila' di samping yang beranggapan lebih buruk lagi. Misalnya dengan ECT ini mungkin boleh menyebabkan mereka mati. Di kalangan yang agak berpelajaran (lulusan Tingkatan 5 dan ke atas) pula melahir kebimbangan bahawa sebarang kemungkinan yang tidak diingini boleh berlaku misalnya sebagaimana yang mereka sering terbaca dan dengar dari alat-alat media massa terutama akhbar berhubung dengan kemalangan teknikal dalam dunia perubatan. Hal tersebut dikhuatiri menjadikan keadaan mereka lebih serius lagi.

Kekurangan penerangan tersebut telah turut dikesan di UPJ hasil daripada pemerhatian yang dilakukan. Penerangan awal tidak diberikan sebelum mereka menjalani ECT. Pengkaji dimaklumkan oleh kakitangan wad bahawa penerangan yang panjang lebar hanyalah diberikan kepada kaum keluarga subjek, dan cara penjelasan yang baik dan penuh diplomasi perlu dilakukan bagi memperolehi kebenaran (consent) dari pihak keluarga subjek. Tanpa kebenaran tersebut ECT tidak boleh dilakukan.

Pihak UPJ lebih menekankan persediaan dari segi fizikal. Persediaan tersebut sebenarnya lebih merupakan persediaan tahap pengawalan keadaan kakitangan klinikal bagi memastikan keadaan

terakhir sebelum satu-satu ECT itu dijalankan. Doktor akan memeriksa tubuh subjek bagi memastikan mereka dalam keadaan yang sihat. Seterusnya berat badan subjek akan ditimbang oleh jururawat. Hal ini perlu untuk memastikan sukatan ubat bius yang patut untuk subjek. Ini disebabkan sukatananya dipengaruhi oleh berat badan subjek. Dos biasa bagi natrium braietal adalah 1 mg untuk 1 kilo berat badan.

Subjek tidak dibenarkan mengambil sebarang makanan bermula dari malamnya hinggalah selesai proses ECT dijalankan. Semasa berada di dewan bedah, mereka akan tertakluk pula kepada peraturan yang dikuatkuasakan di situ. Misalnya dikehendaki menanggal benda-benda palsu seperti gigi palsu dan lain-lainnya.

Ada beberapa persediaan semasa telah berada dalam dewan bedah. Subjek akan diberi beberapa suntikan, satu set troli ECT yang telah lengkap di samping para kakitangan yang terdiri dari jururawat terlatih, pakar bius, kakitangan dewan bedah dan doktor yang akan melakukan ECT. Pakar bius akan menyuntik ubat natrium braietal dan 0.6 mg atropina melalui pembuluh darah secara intravena. Kadangkala ubat untuk mengengjurkan otot diberikan bagi mengelak patah tulang. Setelah itu barulah ECT dijalankan.

Apabila subjek telah berada dalam keadaan tidak sedar saluran dimasukkan ke dalam mulutnya. Elektrod basah diletakkan pada bahagian pelipis temporalis dengan bahagian muka subjek dipegang oleh seorang kakitangan khususnya bagi memasti sistem

pernafasan mereka berfungsi dengan baik. Ini kerana pernafasan subjek tersebut dibantu oleh alat pernafasan. Bila elektrod basah mencecah bahagian temporalis itu tadi bermakna karan telah disalur masuk ke dalam otak lantas terhasillah suatu getaran ringan. Setelah getaran tersebut berhenti dan sekiranya pernafasan itu berbunyi maka ludah dan lendir di dalam mulutnya hendaklah dihisap keluar melalui tiub. Jika perlu, oksigen akan diberikan. Subjek akan dibiarkan berbaring hinggalah pernafasan dan pergerakan nadi stabil dan memuaskan. Namun kebiasaannya subjek sedar tanpa sebarang masalah. Hanya setelah mereka sedar baru dibawa pulang semula ke dalam wad di UPJ. Namun jagaan masih diteruskan oleh para jururawat bertugas. Keadaan ini berlarutan sekurang-kurangnya hingga telah reda kesan sampingan akibat ECT.

Subjek yang baru selesai ECT akan disuruh tidur buat beberapa ketika. Biasanya selama 30 minit. Sesudah itu barulah sarapan dan ubat dos pagi diberikan. Dari pemerhatian didapati untuk sepanjang pagi setelah subjek menerima ECT, mereka mengadu sakit kepala dan berada dalam keadaan kebingungan dan keliru.

(d) Kriteria Untuk Menilai Kesan Getaran

Subjek dikatakan telah pulih sekiranya tiada lagi gejala psikotik yang kelihatan. Jika hanya sebahagian saja yang masih kelihatan, bererti subjek sedang memahami kesukaran mental dan emosi

yang sedang dialaminya akan tetapi mereka masih kurang mengerti lagi tentangnya. Status mental subjek yang sebegini sudah dikira layak untuk membenarkan mereka keluar dari wad. Sebaliknya pula, jika mereka tetap berkeadaan yang serupa dengan keadaan sebelum ECT dijalankan membawa erti bahawa prosedur getaran elektrik ini telah gagal memulihkan mereka (Candiah, 181)

5.2 Environmental

Rawatan berbentuk environmental yang dimaksudkan oleh Lindzey & Aronson (1968) adalah rawatan yang menggunakan teknik 'custodial' (tahanan) dan 'therapeutic milieu'. UPJ mempraktik kaedah ini ke atas subjek jenis medico-legal. Jika diperhatikan di wad UPJ, subjek tersebut tidak dibenarkan keluar bebas dari wad sebagaimana subjek lain. Pergerakan yang terbatas ini turut melibatkan pemberian diet dan ubat (jika perlu). Kedua-duanya diberikan dalam wad. Jika wad berfungsi seakan-akan satu tempat tahanan. Hakikat ini diperkukuhkan lagi dengan arahan pihak mahkamah supaya ditempatkan seorang anggota polis bagi mengawal sepanjang masa setiap kes medico-legal yang ada di sini. Jadi aktiviti sosial yang boleh subjek sertai hanyalah untuk bergaul dengan teman-teman sewad dan terbatas dalam wad saja.

Sebagai rumusannya memang ada bentuk rawatan ini khususnya jenis custodial dan pengaplikasiannya terhad bagi kes medico-legal saja.

5.3. Interpersonal/Sosial

Ia merupakan 1 kaedah yang digunakan oleh UPJ dalam usaha memulih subjek khususnya dari sudut sahsiah dan sosial mereka. Tegasnya ia lebih merupakan rawatan yang menggabungkan 2 pendekatan iaitu psikologikal dan sosiologikal. Kedua-dua subjek (IP) dan (OP) terlibat dengan rawatan jenis ini.

Pentingnya rawatan berbentuk ini akan kelihatan lebih jelas lebih-lebih lagi sekiranya diteliti corak pergaulan sosial semasa dan setelah subjek keluar dari wad. Subjek bersikap lebih suka menarik diri dari pergaulan. Meskipun ianya ditanggap oleh Candiah (1981: 197) sebagai "masalah biasa yang kerap dialami oleh kebanyakan pesakit jiwa", namun ia akan memberi kesan ke atas rawatan awal yang dilaluinya di UPJ. Malahan dalam konteks mikronya, masyarakat luar juga turut mempersoalkan berhubung dengan keberkesanan dan kewibawaan institusi ini dalam mengendalikan kes-kes psikiatrik. Pada peringkat makronya pula mereka akan mempertikai kemampuan perubatan moden. Ini disebabkan memang sejak turun-temurun lagi masyarakat di sini diorientasikan dengan teknik perubatan cara tradisional.¹¹ Ianya berlebihan-lebih lagi dalam masalah 'gangguan mental' ini sebagaimana ditunjukkan dalam data lain.

Penekanan rawatan diberikan kepada aspek pemulihan psikologikal dan pergaulan sosial subjek. Ini memandangkan bahawa

gangguan mental boleh mengakibatkan gangguan ke atas perhubungan antara satu sama lain (Candiah, 197). Oleh yang demikian sewajarnya aspek-aspek tersebut dititikberatkan sekurang-kurangnya dengan cara menggalakkan pergaulan di kalangan mereka semasa tempoh mereka menjalani rawatan dalam wad atau klinik. Fenomena yang sedemikian dapat diperhati dikalangan subjek (IP) lelaki dan perempuan. Misalnya subjek perempuan akan menceritakan kegemarannya, tentang diri atau keluarga mereka sambil masing-masing menghias diri rakan-rakan mereka ataupun semasa menonton televisyen. Berlainan pula keadaannya di kalangan subjek (OP) di klinik. Mereka agak kurang ramah, kaku dan ada yang langsung enggan untuk berkomunikasi dengan lain-lain subjek yang hadir, meskipun sekadar untuk hanya bertanya khabar. Ini berkemungkinan begitu terbatasnya pertemuan dan masa yang dapat mereka jalin bersama di samping kerana jenis gangguan yang mereka alami juga tidak sama. Misalnya subjek neurotik lebih suka mendiamkan diri dan sentiasa kelihatan murung. Manakala bagi subjek yang berada pada tahap dikira sembuh misalnya dari temubual dengan beberapa subjek, yang diberi 'drug holiday' atau cuti dari memakan ubat mereka lebih kerap membina anggapan subjek yang lain-lain itu 'tidak boleh dibuat kira' kerana mereka masih dalam keadaan 'sakit'.

Rawatan untuk memulih pergaulan sosial dipraktik melalui aktiviti harian dan riadah. Ini khusus bagi subjek (IP) saja.

Aktiviti harian itu tadi termasuklah memberi galakan terutamanya kepada subjek (IP). Untuk melakukan kerja harian sebagaimana yang mereka amalkan sebelum mengalami gangguan mental. Di antara aktiviti tersebut termasuklah mengemas tempat tidur, mencuci sendiri pakaian dan pinggan yang telah mereka gunakan dan membantu melapkan lantai iaitu bagi sebelah wad perempuan. Setelah selesai kerja tersebut, ganjaran atau 'token economy' (Ayllon, 1968; Akers, 1977) akan diberikan. Misalnya nasi bungkus, kuih ataupun roti. Dari pemerhatian didapati aktiviti tersebut telah dapat melahirkan sikap kerjasama dan menurut arahan. Ini mungkin juga disebabkan subjek yang dipilih menyertai subjek ini terdiri dari kalangan mereka yang direkodkan sebagai telah 'settled behavior' mereka dan kebanyakan melibatkan subjek bawah rawatan terapi asuhan carakerja yakni mereka yang dalam tahap 'predischARGE'.

Akers (1977) dan Ayllon (1968) ada membincangkan dengan agak terperinci mengenai konsep 'token economy' ini. Akers menyifatkannya sebagai:

"A behavior modification program in which members of a group are assigned points or given tokens for certain behavior, which can then be exchanged for other rewards."

(hal. 347)

Manakala Ayllon pula berpendapat bahawa ianya dapat dijadikan sebagai satu sistem pendorong dalam rawatan dan pemulihan.

Sebagaimana yang tergambar di UPJ memperlihatkan bahawa konsep ini memang diterapkan di sini.

UPJ juga mengadakan aktiviti riadah. Ia bertujuan supaya subjek dapat memenuhi fikiran dan tenaga mereka ke satu bentuk aktiviti yang dapat merangsang kembali alam fikiran mereka yang lebih banyak dibiarkan begitu saja. Antara aktiviti tersebut misalnya menanam bunga di perkarangan Unit. Aktiviti ini dijalankan selepas subjek bersarapan. Aktiviti senaman pula dijalankan sebelum makan pagi. Namun ia dilakukan dalam perkarangan wad saja dan dari pemerhatian, ia sebenarnya jarang dipraktikkan.

Walau bagaimanapun dapatlah subjek membaiki atau juga dapat membantu mereka supaya belajar dan belajar mereka dari menjalin semula pergaulan sosial yang telah terganggu. Mereka ternyata telah berkemampuan untuk mengeluarkan pandangan atau teguran mereka sendiri berhubung dengan satu-satu perkara. Malahan ianya tidak langsung salah. Mereka juga dapat memberi perhatian kepada berjaya dilahirkan dalam nada dan suasana kekeluargaan. Melalui aktiviti tersebut juga memberi peluang mereka mencurahkan perasaan masing-masing. Ini dapat membantu bebanan psikologikal yang selama ini dipendam oleh mereka.

5.3.1 Terapi Rekreasi

Unit Perubatan Jiwa telah menggabungkannya dengan terapi memulakan karekteristik, memulakan kelakuan subjek dan bagi tujuan asuhan carakerja. Oleh itu ia lebih diutamakan kepada subjek wad melalui subjek yang mengalami gangguan psikososial. OT. Rawatan jenis ini menyediakan pelbagai jenis permainan untuk

memenuhi masa subjek yang terluang. Di samping itu, secara tidak langsung ianya mendorong dan menggiatkan lagi perhubungan antara mereka. Aktivitinya seperti permainan badminton, kerja senilukis, menonton televisyen (dalam wad masing-masing), ceramah dan dibenarkan mereka bebas bersiar-siar dalam kawasan UPJ. Namun ini hanya khusus untuk subjek wad OT saja. Candiah (201) berpendapat terapi jenis ini dapat merangsang kecerdasan mental subjek.

Di samping itu, subjek juga berpeluang mengurangkan ketegangan otot melalui latihan fizikal yang diperolehi olehnya. Ianya dapat memberi keyakinan kepada subjek terutamanya apabila mereka berjaya menyiapkan satu-satu kerja atau permainan. Ia juga dapat membantu mereka supaya bergaul dan mengelak mereka dari menyisihkan diri. Melalui televisyen pula diharapkan dapat membantu mereka menyedari tentang hal-hal yang berlaku di luar. Ini secara tidak langsung melatih mereka supaya cuba menumpu perhatian kepada sesuatu perkara.

5.3.2 Terapi Asuhan Carakerja (OT)

Ia merupakan sejenis seni dan sains yang boleh membuatkan manusia bergerakbalas terhadap sesuatu aktiviti tertentu (Candiah, 207). Rawatan ini adalah bertujuan untuk menjaga kesihatan, mengelakkan kecacatan, menilai kelakuan subjek dan bagi tujuan melatih subjek yang mengalami gangguan psikososial.

Rawatan ini dikendali oleh seorang pegawai jurupulih carakerja dengan dibantu oleh 3 orang kakitangan iaitu seorang atendan, pembantu jururawat dan pembantu hospital. Aktiviti bawah terapi jenis ini hanya terhad dalam lingkungan waktu pejabat saja (8.00 pagi hingga 3.30 petang).¹²

Perlu ditegaskan bahawa tidak semua subjek layak untuk menjalani terapi jenis ini. Ia terhad hanya kepada mana-mana subjek yang pihak doktor arah untuk menjalani rawatan ini dan kepada semua subjek wad OT. Subjek dari lain-lain wad itu akan dibawa ke dewan asuhan carakerja selepas bersarapan oleh jururawat dan pembantu hospital yang bertugas di Unit OT ini. Subjek tersebut akan mengikuti program sebagaimana yang telah diatur oleh OT dan di akhir gerak kerja akan dibuat penilaian oleh pegawai OT berdasar kriteria sebagaimana tercatat dalam borang penilaian (Lampiran 6).

Sebagai contoh aktiviti yang diatur pada hari Ahad adalah menanam bunga bagi (IP) lelaki iaitu sama sebagaimana dalam terapi rekreasi manakala bagi (IP) perempuan akan melakukan kerja kraftangan seperti melipat kain perca untuk dibuat alas kaki ataupun menganyam permaidani sekiranya ada tempahan. Seringkali juga (IP) lelaki turut serta dalam aktiviti yang dibuat oleh (IP) perempuan. Hal ini berlaku apabila mereka telah selesai atau enggan terlibat dalam aktiviti tanam bunga tadi. Aktiviti yang dijalankan oleh pihak OT ini diselangi oleh minuman rehat sekitar pukul 10.00 pagi. Aktiviti

OT tamat sebelum tiba waktu makan tengahari. Setelah pukul 2.00 petang baru ianya disambung semula. Aktiviti bagi sesi petang ini mengikut atur cara yang sama dengan sesi pagi. Oleh itu tidak ramai subjek yang gemar menghadirinya mungkin disebabkan merasa bosan. Sebaliknya mereka akan menghabiskan masa dalam wad menonton televisyen. Jika tidakpun mereka akan berbual dengan teman-teman di perkarangan wad ataupun mereka tidur. Ini disebabkan sesudah makan tengahari mereka akan mengambil ubat pula. Kebanyakan ubat-ubatan tersebut berfungsi melambatkan metabolisme dalam badan 2.30 petang hingga 4.00 petang. Manakala pada sebelahiran pula mengakibatkan mereka menjadi kurang aktif dan mengantuk.

5.3.3 Psikoterapi

Sebenarnya UPJ kurang atau hampir tidak lagi mempraktik rawatan bentuk ini sekurang-kurangnya buat masa kini. Ini disebabkan kedatangan tarabut. Pihak klinik UPJ, tindakan sedemikian tidak ada pegawai psikologi untuk mengendalikannya, kerana cuti belajar dan tempatnya masih belum diganti dengan pegawai yang baru walaupun telah masuk 2 tahun. Namun pihak UPJ berusaha mewujudkan kaedah yang berpendekatan hampir sama iaitu kaedah yang dipanggil 'supportive therapy'. Ia dilakukan oleh doktor UPJ. Teknik ini banyak dipengaruhi oleh sama ada faktor masa ataupun jenis gangguan yang subjek alami.

Subjek (IP) tidak banyak dipengaruhi oleh faktor masa. Ini kerana doktor mempunyai kesempatan mempraktikkannya sepanjang bagi minggu tarabut mencatatkan sejumlah 143 kes yang didaftarkan dengan subjek berada di wad. Namun menurut pihak doktor di sini, rawatan

ini hanya dipraktik bila subjek 'fit for discharge' atau hampir akan pulang. Namun rawatan ini akan diakhiri dengan peringatan supaya sentiasa memakan ubat dan datang semula ke klinik UPJ untuk rawatan ulangan atau setelah bekalan ubat kehabisan.

Faktor masa yang terbatas sememangnya begitu terasa kesannya ke atas subjek (OP). Subjek hanya menemui doktor semasa datang ke klinik untuk rawatan ulangan (follow-up) pada hari-hari dan masa tertentu saja iaitu pada hari klinik dibuka antara masa pukul 2.30 petang hingga 4.00 petang. Manakala jumlah kehadiran pula begitu ramai. Jumlah purata kedatangan adalah melebihi 130 orang seminggu manakala untuk satu hari pula kira-kira 35 orang. Adakala pihak klinik terpaksa menambah kepada 5 kali seminggu bagi rawatan untuk pesakit luar dan ini sekaligus meningkatkan lagi jumlah kedatangan tersebut. Menurut pihak klinik UPJ, tindakan sedemikian diambil kerana menimbangkan ada di kalangan subjek tadi yang datang jauh dari Kota Bharu semata-mata mendapatkan rawatan di sini.

Bilangan doktor di UPJ juga tidak mencukupi. Hanya terdapat 2 orang doktor saja bagi mengendalikan semua kes pesakit luar. Jadi sudah tentu mereka tidak mampu untuk meluangkan masa yang banyak ke atas satu-satu kes. Misalnya sebagaimana yang berlaku pada minggu terakhir bulan April 1986 iaitu salah satu minggu yang terpaksa diadakan perkhidmatan untuk rawatan luar sebanyak 5 kali. Perangkaan bagi minggu tersebut mencatatkan sejumlah 143 kes yang didaftar dengan

hanya 2 orang doktor akan merawatnya dalam masa 1½ jam (2.30 - 4.00 petang) dan adakala hanya seorang doktor saja untuk mengendalikannya. Jika diambil nisbah kes dengan andaian bahawa bilangan doktor bertugas sentiasa 2 orang, didapati setiap subjek hanya berkesempatan menemui doktor sekitar 2 minit saja. Sementara itu nisbah seorang doktor menemui subjek pula adalah 1 : 72. Jadi berdasar pada misalan di atas, sudah tentulah tidak memadai untuk dilakukan psikoterapi ataupun 'supportive therapy' dalam jangkamasa 2 minit itu tadi. Sedangkan menurut Candiah (1981: 200) untuk dilakukan psikoterapi khususnya 'Analisa Psikologi' berhubung dengan masalah emosi subjek sejak dari kecil saja, memakan masa 2 hingga 5 tahun dan perlu dilakukan 3 hingga 5 kali seminggu. Sebaliknya subjek UPJ hanya datang untuk rawatan ulangan 2 atau 3 minggu sekali saja ke klinik.

Manakala masa yang diperlukan oleh subjek neurosis pula adalah lebih panjang berbanding dengan jenis psikotik. Menurut ahli perubatan ini disebabkan punca atau faktor penyebab bagi keduanya adalah berbeza. Tambahan pula subjek neurosis memang berada dalam sedar cuma diselubungi oleh gejala neurosis terutama perasaan dukacita teramat sangat dan dalam keadaan tertekan (depression). Jadi bagi tujuan mewujudkan 'rapport' dan meyakinkan mereka supaya mereka dapat bebas melahirkan ketegangan dan tekanan yang dialami adalah memerlukan satu jangkamasa yang panjang.

Oleh kerana subjek neurosis kebanyakan terdiri dari jenis 'anxiety' dan 'depression' maka pihak perubatan UPJ akan menetap satu waktu yang berbeza bagi mereka. Dalam waktu tersebut sajalah pihak doktor dapat melaku rawatan berbentuk 'supportive therapy' tadi. Pendekatan keagamaan turut diselitkan. Misalnya mengaitkan penyakit yang mereka alami dengan pandangan bahawa ianya dugaan Tuhan ataupun ianya sebahagian dari dugaan hidup dan lain-lain nasihat yang seumpamanya. Ia dilakukan secara perbualan biasa namun dalam suasana dan bentuk hubungan 'pesakit dengan doktor'. Dengan kata lain, pesakit dianggap sebagai orang yang patut diberi bantuan manakala doktor pula orang yang selayaknya memberi bantuan dalam konteks merawat apa yang diistilahkan sebagai 'penyakit' subjek itu tadi.

Jadi rumusannya kita mendapati bahawa terdapat 3 gabungan pendekatan dalam usaha merawat subjek di UPJ ini. Pendekatan-pendekatan tersebut adalah pendekatan perubatan iaitu somatik dan ECT, psikologikal iaitu 'supportive therapy' dan sosiologikal iaitu kaedah rekreasi dan asuhan carakerja.

BAB VI

RUMUSAN DAN PENILAIAN

6.1 Rumusan

Kajian ini adalah mengenai peranan yang dimainkan oleh UPJ dalam merawat pesakit-pesakit mental di Kelantan. Secara rumusannya kajian mendapati bahawa perubahan UPJ ini adalah untuk memenuhi 3 perkara:-

- i. Untuk merawat pesakit-pesakit mental
- ii. Merawat kes-kes penyalahgunaan dadah
- iii. Membuat penilaian forensik

Walau bagaimanapun yang pertama adalah yang lebih diberikan perhatian dan ini telah menyebabkan peranan-peranan khusus para doktor dan pentadbiran Unit ini adalah lebih tertumpu kepada pesakit-pesakit jenis ini.

Beberapa maklumat penting telah diperolehi dalam kajian ini.

1. Pesakit

Pesakit-pesakit telah dibahagikan kepada 2 kategori iaitu pesakit dalam dan pesakit luar. Kajian mendapati bahawa pesakit luar adalah lebih ramai daripada pesakit dalam. Ini adalah kerana penduduk di Kelantan. Sebagai kasarnya penduduk Melayu adalah lebih

sebab-sebab kes pengulangan dan kes 'relapse'. (Sila rujuk Bab III).

Kajian juga mendapati bahawa pesakit-pesakit ini mempunyai beberapa kriteria yang menarik iaitu:

- (a) Lebih ramai lelaki mendapat penyakit jiwa daripada perempuan.
- (b) Lebih ramai pesakit-pesakit adalah mereka yang bekerja sama ada di pejabat-pejabat kerajaan atau pejabat swasta.
- (c) Lebih ramai orang-orang Melayu mendapat penyakit jiwa daripada orang-orang Cina.
- (d) Lebih ramai pesakit jiwa terdiri daripada mereka yang sudah berkahwin.

Keadaan-keadaan ini muncul kerana pada pendapat pengkaji dan juga hasil daripada kajian ini ialah, kaum lelaki yang bekerja dan sudah berumahtangga lebih terdedah kepada masalah-masalah seharian baik di pejabat atau di rumah. Kaum perempuan yang diterima adalah terdiri daripada suri rumahtangga, jadi mereka tidak banyak terdedah kepada "social pressures" seperti kaum lelaki. Mengenai lebih ramai orang Melayu yang mendapat sakit jiwa daripada orang-orang Cina, ini berkemungkinan daripada taburan penduduk-penduduk di Kelantan. Secara kasarnya penduduk Melayu adalah lebih

ramai lagi daripada orang-orang Cina dan ini menyebabkan peratusan orang-orang Melayu kelihatan lebih ramai kalau dibandingkan dengan peratusan orang-orang Cina.

11. Kakitangan Perubatan

Kakitangan perubatan di UPJ boleh dibahagikan kepada 4:-

- (a) Doktor
- (b) Pembantu Hospital
- (c) Jururawat
- (d) Atendan

Kesemua kakitangan perubatan ini mendapat latihan yang sempurna untuk mengendalikan pesakit-pesakit mental ini. Apa yang lebih menarik ialah adalah di antara kakitangan perubatan ini dinamakan environment dan interpersonal/social therapy. Namun merungut bahawa mereka tidak dapat mempraktikkan apa yang mereka ini lebih banyak dipelajari hanya untuk sambilan sahaja dan belajar ke atas pesakit-pesakit mental ini. Ini adalah disebabkan memandangkan masa yang singkat yang kelihatan 'sangat' singkat. Adakalanya situasi-situasi sebenar dan situasi dalam buku-buku adalah agak berbeza. Tetapi yang lebih ketara ialah kerana terdapat kekurangan dalam jumlah kakitangan perubatan ini. Ini menyebabkan nisbah pesakit dan kakitangan perubatan adalah tinggi dan untuk mengatasi masalah ini pesakit-pesakit yang dianggap kronik adalah dikurung atau diberi ubat-ubatan seperti tranquilizer sahaja.

iii. Rawatan

Didapati bahawa rawatan yang paling kerap diberikan ialah teknik pharmacotherapy dan ECT. Dalam teknik pharmacotherapy kaedah yang paling meluas pula ialah pemberian ubat-ubatan jenis tranquilizer. Ubat-ubat ini kerap diberikan kepada pesakit psikosis jenis skizofrenia dan pesakit-pesakit yang paling ramai adalah yang mengalami gangguan jenis ini. (Sila lihat Bab III).

Teknik ECT lebih terhad kepada jenis-jenis pesakit. Ia lebih ramai digunakan kepada mereka yang mengalami gangguan skizofrenia yang teruk dan 'senile dementia' atau nyanyuk. (Lihat Bab V untuk penerangan selanjutnya).

Dua bentuk rawatan lain yang digunakan ini rawatan yang dinamakan environment dan interpersonal/social therapy. Rawatan ini lebih banyak digunakan, hanya untuk sekadar menokok-tambah dan memenuhi masa pesakit-pesakit yang kelihatan 'sihat' sahaja.

iv. Punca Gangguan

Kajian mendapati bahawa kesemua teori-teori gangguan mental yang telah diberikan itu dapat diaplikasikan kepada pesakit-pesakit di sini iaitu teori 'psikologi sosial' dan 'perubatan'. Untuk penjelasan yang lengkap sila rujuk Bab II.

6.2 Penilaian

Pengkaji mendapati bahawa UPJ kurang berjaya dalam memainkan peranannya sebagai institusi yang merawat pesakit-pesakit mental. Keadaan ini jelas terbukti dengan merujuk kepada subjek yang dirawat sebagai pesakit dalam (Inpatient - IP). Misalnya berdasarkan kepada perangkaan tahun 1985 didapati dari jumlah keseluruhan 540 kes subjek IP perempuan, 72% (387 kes) darinya adalah merupakan kes ulangan. Manakala bagi subjek (IP) lelaki pula, dari sejumlah 1187 kes, 65% (775 kes) adalah merupakan kes ulangan. Berdasar kepada perangkaan tersebut, nisbah kes baru kepada kes ulangan ialah 1 : 3. Ini bermakna potensi untuk seseorang subjek yang telah di'discharge'kan akan dimasukkan semula adalah tinggi.

Alam sekitar terapeutik harus menunjukkan hubungan ramah-mesra antara para petugas wad dengan pesakit sekurang-kurang pada teorinya. Kajian mendapati hubungan yang terjalin adalah terbatas pada perbualan sekitar bertanya tentang bila mereka dibenarkan pulang ataupun setakat mengadu tentang kesan ubat yang diterima. Dalam banyak keadaan, masing-masing lebih banyak membawa hal sendiri. Keadaan ini disebabkan faktor kekurangan kakitangan untuk mewujudkan hubungan mesra dan untuk melayan subjek. Dengan yang demikian subjek secara keseluruhannya pula lebih banyak menghabiskan masa mereka dengan menonton televisyen, berbual di antara mereka ataupun

tidur saja. Ada subjek yang akan datang ke tepi jaring wad untuk berbual dan bertanya tentang dunia luar kepada petugas ataupun pada pengkaji untuk menghilangkan bosan.

Semasa melakukan kajian, pengkaji ada berbual-bual dengan pesakit bertanyakan latarbelakang mereka dan lain-lain masalah bersangkutan. Kemudian pengkaji membuat 'cross-check' jawapan-jawapan mereka itu dengan maklumat-maklumat yang diperolehi dari fail-fail di Unit ini. Pengkaji mendapati bahawa apa yang dicakapkan oleh pesakit adalah benar dan tepat sekali. Ini membuat pengkaji berpendapat bahawa pesakit-pesakit ini masih boleh dipulihkan atau sekurang-kurangnya mampu untuk berperanan semula sebagaimana sebelum sakit dahulu. Pengkaji mendasarkan pendapat ini kepada aktiviti yang mereka lakukan di OT. Pengkaji mendapati subjek di wad OT berkemampuan serta gigih melaku dan menyiapkan tugas-tugas yang diberikan kepada mereka.

Tetapi sayang kerana tidak banyak aktiviti asuhan carakerja yang dijalankan. Oleh itu sekiranya bahagian OT dapat dibekalkan dengan lebih banyak kemudahan serta kakitangan terlatih maka aktiviti kemahiran yang ada dapat dipelbagaikan. Ini memandangkan ruang atau persekitaran UPJ masih boleh dimajukan untuk dijadikan tempat aktiviti seperti kraftangan dan bercucuk tanam.

Satu lagi faktor yang menyebabkan rawatan di UPJ kurang berjaya adalah ekoran dari kelemahan di bahagian psikologi.

Kelemahan ini timbul akibat dari ketiadaan pegawai psikologi.

Tambahan pula terdapat hanya seorang sahaja pakar psikiatri yang bertauliah untuk memberi rawatan. Masalah timbul kerana kesemua pesakit memulakan rawatan jiwa ini tetapi tidak ada orang yang bertauliah untuk merawatnya.

Kajian juga mendapati bahawa berlaku gunatenaga yang tidak penuh di kalangan Pembantu Hospital dan Pembantu Hospital Rendah (JHA). Kedua-duanya memiliki latihan psikiatrik. Namun begitu, tenaga yang mereka curahkan tidak setimpal dengan pengetahuan psikiatrik dan pengalaman yang mereka ada. Tugas mereka hanya membantu jururawat terlatih dan Pembantu Hospital mengendalikan perjalanan di wad. Akibatnya, mereka merasa bosan dan tidak puas hati. Pengkaji mendapati sebilangan dari JHA di sini telah mengaju permohonan untuk bertukar ke jawatan lain. Dalam konteks negara kita, kedudukan dan masa depan para JHA ini khususnya dari segi kenaikan pangkat masih samar-samar. Ini ditambah pula dengan mobiliti kerja yang rendah.

Sebagaimana yang dijelaskan dalam Bab V, subjek diberi ganjaran terhadap tugas yang dilakukannya. Amalan memberi ganjaran ekonomi (token economy) kepada subjek ini boleh menimbulkan beberapa natijah. Dari satu segi, sebagaimana menurut pandangan pendokong

teori kelakuan sosial, "ianya menyebabkan manusia akan bertindak mengulangi satu-satu tindakan sekiranya ia mempunyai ganjaran yang menyenangkan." Namun, dari segi yang lain, bila semakin banyak ganjaran yang diperolehi, ia menjadi kurang bermakna lagi. Pendapat ini sama sebagaimana yang disarankan oleh R.L. Akers (1977). Beliau menegaskan bahawa ganjaran ekonomi ini dikhuatiri menjadikan individu selalu mengharap dan bergantung untuk mendapatkan ganjaran walaupun telah kembali ke dalam masyarakat, sedangkan dunia luar tidak banyak dan jarang memberi ganjaran. Kajian mendapati, subjek yang telah keluar sering tidak dipedulikan dan dikesampingkan misalnya dalam perjumpaan sosial eg. kenduri, lebih-lebih lagi jika dimaklumi bahawa subjek tersebut adalah bekas pesakit UPJ.

Bentuk dan kaedah rawatan yang dijalankan oleh UPJ menjadikan subjek bersikap pasif terhadap diri dan persekitaran sosial. Ini disebabkan rawatan pharmacotherapy (terutama teknik pemberian ubat-ubatan) yang ditekankan oleh UPJ. Keadaan tersebut dapat dikaitkan dengan matlamat rawatan di UPJ. Rawatan mereka dianggap sudah berjaya sekiranya dapat mereda atau mengurangkan simptom psikiatri yang ada.

Dari sini kita dapat buat tanggapan bahawa UPJ sendiri tidak meletakkan harapan supaya subjek benar-benar pulih atau menanggalkan terus simptom yang ada. Sebaliknya UPJ memberi alasan bahawa ianya disebabkan subjek datang lewat untuk berubat. Di samping

itu subjek dikatakan enggan atau cuai mematuhi arahan terutama untuk mengambil ubat dan rawatan ulangan.

Sebaliknya menurut subjek pula keengganan mereka memakan ubat adalah disebabkan ia menimbulkan rasa mengantuk, letih dan sukar untuk menumpu perhatian. Keadaan ini seterusnya akan menjejaskan tumpuan dan prestasi kerja mereka.

6.3 Cadangan

Oleh kerana gangguan mental juga terhasil akibat penglabelan, maka disarankan supaya maklumat disebar dan penerangan diberikan secukupnya berhubung dengan apa yang disebut sebagai gangguan mental ini. Ini bagi mengelak dan mengurangkan salah tanggapan masyarakat terhadap pesakit mental dan tidak berlaku penglabelan secara melulu. Maklumat ini dapat disalurkan melalui ceramah, seminar atau dialog dengan pihak awam khususnya di sekolah, pejabat kerajaan dan swasta dan lain-lain agensi.

Berhubung dengan masalah kekurangan tenaga terlatih dalam soal kejiwaan adalah disarankan agar latihan mengurus wad psikiatri yang dimiliki oleh para Pembantu Jururawat dan JHA ini digunakan sebagai menampung kekurangan yang dialami. Mereka ini boleh dijadikan tenaga pelapis. Sekurang-kurangnya mereka boleh membantu membentuk dan mengendalikan rawatan 'Interpersonal' dengan diawasi oleh pakar psikiatri yang ada.

Memandangkan subjek di sini menghadapi masalah kejiwaan atau kerohanian maka rawatan yang diatur seharusnya menitikberatkan soal merawat dan mengisi rohani atau jiwa ini. Malahan sarjana Barat dan Timur serta pihak UPJ sendiri mengakui masalah psikiatri ini ada perkaitan dengan gejala mengejar kemewahan kebendaan. Kebanyakan manusia hanya leka mengisi tuntutan fizikal atau luaran dan mengkesampingkan tuntutan rohani atau dalaman. Dari sinilah muncul konflik akibat tiada pengisian rohani. Dari konflik ini membawa kepada tekanan dan ketegangan fikiran. Akhirnya rohani dan mental tidak lagi berdaya menampung bebanan tadi hingga terjadinya gejala gangguan mental atau penyakit jiwa. Jadi untuk membaiki jiwa atau mental yang sakit atau terjejas itu tadi, rawatan yang berpendekatan keagamaan sesuai digunakan. Malahan ianya telah diakui berperanan besar dan berjaya merawat penyakit jiwa.

Dunia perubatan barat kini makin menyedari dan telah menegaskan kepentingan agama dalam kaedah rawatan jiwa dan ilmu kedokteran secara keseluruhannya. Malahan Prof. J.G. Mackenzie sebagaimana yang dipetik oleh Leslie D. Weatherhead mengatakan bahawa:

"... hasil-hasil baik ahli perubatan jiwa tidak diperolehnya kerana pengetahuannya yang sempurna, tentang ilmu kedokteran umumnya malahan juga bukan kerana ia ahli dalam bidang penyakit saraf, melainkan kerana kecekapannya di lapangan agama."

(Prof. Dr. H. Aulia, 1975: 15-16)

Seorang lagi ahli perubatan Barat adalah Dr. Hadfield memang telah bertahun-tahun melakukan perubatan jiwa. Rumusan yang didapatinya adalah:

"Saya telah mencuba menyembuhkan penderita kerosakan keseimbangan saraf dengan jalan mengisyaratkan (suggestion) ketenangan dan kepercayaan tetapi usaha ini baru berhasil sesudah ia dihubungkan dengan keyakinan akan kekuasaan Tuhan."

(Prof. Dr. H. Aulia, Ibid)

Akhir kata, pendekatan ini dikira dapat dijalankan sebagai salah satu jalan penyelesaian dalam usaha merawat masalah psikiatrik khususnya di UPJ. Ini memandangkan kepada betapa banyaknya masalah yang dihadapi oleh UPJ dan kurang berjaya rawatan yang sedang diamalkan. Dari aspek semasa, selaras dengan langkah penjimatan kos perbelanjaan khususnya dalam sektor awam, pendekatan rawatan ini menjadi lebih ekonomik kerana tidak memerlukan kepada belanja yang besar untuk peralatan atau teknologi tinggi seperti yang diperlukan untuk rawatan. Sehubungan dengan itu pula, ianya lebih menepati aspirasi masyarakat sekeliling di sini. Secara keseluruhannya, subjek-subjek masih terikat dalam cara hidup tradisional; saling bantu membantu dan mengambil tahu serta menitikberatkan ajaran agama.

Jadi melalui kaedah menggabungkan pelbagai pendekatan diharapkan dapat mempertingkatkan mutu subjek yang keluar dari UPJ nanti.

Notakaki

1. Simpton - Tahap awal dalam proses diagnosis satu-satu penyakit. Jika dalam konteks gangguan bukan berbentuk kejiwaan atau psikiatri, contohnya mengadu sakit dada, demam dan seumpamanya.

Contoh Simpton dalam gangguan berbentuk kejiwaan ialah dilanda kebimbangan, resah atau fobia secara konstan.

(Gleitman, H., "Basic Psychology", W.W. Norton & Company, Inc., 1983: p. 443).

2. Diagnosis - "The identification of individual disturbance, so that proper treatment can be planned."

(Merle J. Moskowitz & Arthur R. Orgel, "General Psychology A Core Text in Human Behavior", Houghton Mifflin Company, Boston, 1969: pp. 395 - 425).

3. Sindrom - "A pattern of symptoms that tend to go together." (Gleitman: hal. 443).

Contoh sindrom dalam psikopatologi ialah pemikiran tidak terurus, halusinasi dan berkelakuan menarik diri dari orang ramai (withdrawal behavior) adalah sindrom bagi skizofrenia.

4. Mental yang sihat - Gerakbalas mental dan emosi dapat dipelihara dan berkeadaan seimbang. Di samping itu juga berupaya mengelak dari kejadian gangguan dalam kedua-dua aspek tadi. Harmoni inilah yang ditakrif sebagai 'kesihatan mental'.

Untuk pengetahuan lanjut berhubung dengan pentingnya mental yang sihat serta sifat-sifat yang dikata individu tersebut sihat mentalnya. Sila rujuk Candiah, P., "Buku Panduan Kejuru-rawatan Psikiatri", DBP, K.L., 1981, hal. 23-24.

5. Sampel kesemua borang berikut boleh dilihat dalam buku Candiah (1981: 28 - 33).

6. Kesemua contoh yang dinyatakan ini adalah nama bagi ubat-ubatan psikotropik berdasar kepada nama dagangan (trade name) sebagaimana yang lebih lazim disebut oleh kakitangan UPJ berbanding dengan menyebut nama generik iaitu nama sebenar ubat tersebut. Misalnya:

Nama Dagangan		Nama Generik
Largaktil	→	Kloropromazina
Melleril	→	Thioridazina
Stelazina	→	Trifluoperazina

7. Sama seperti di atas.
8. Sama seperti di atas.
9. Sama seperti di atas.
10. Sama seperti di atas.
11. Misalnya kajian ilmiah yang dibuat oleh Norhayati Syafie (1980). Beliau telah membahagikan gangguan mental kepada 2 komponen utama. Beliau mengguna istilah gangguan mental ini sebagai "gangguan emosi" dan "penyakit jiwa". Menurut kajian beliau, gangguan emosi lazimnya disebabkan oleh gangguan rohani atau oleh semangat yang lemah. Ini memudahkan kemasukan gangguan dari benda atau makhluk yang ghaib seperti hantu, jin dan seumpamanya (hal. 47). Terdapat 2 cara kemasukan tadi iaitu hasil buatan orang atau ubat guna-guna dan kerana 'terkena' bila seseorang itu melalui satu tempat atau rimba tanpa memberi 'tabik' terlebih dahulu sebagai hormat kepada penunggunya (hal. 50).

Teknik rawatan yang digunakan oleh bomoh pula adalah melalui mimpi, menurun, jampi, mengurut, mengguna akar kayu dan alat-alat hikmat seperti geliga embun dan yang seperti dengannya (hal. 54 - 74).

Berhubung dengan penyakit jiwa pula beliau berpendapat ia adalah disebabkan tekanan hidup di zaman moden (hal. 75).

Matlamat perubatan bomoh adalah untuk:

- (i) menghapus penyakit
- (ii) menghapus atau mengubah pemikiran yang karut-marut seperti perlu berkenduri sebagai pelepas niat (hal. 75).

Teknik yang digunakan adalah secara:

- (i) Jampi dengan ayat-ayat Quran dan doa-doa kepada Allah s.w.t. (bagi bomoh Islam)
- (ii) Psikologi - mengkaji latarbelakang keluarga serta memberi nasihat dan penerangan kepada pesakit yang akan diubatnya (hal. 77).
- (iii) Mengguna akar kayu untuk memeriksa serta menentu ubat-ubatan yang sesuai dengan pesakit berkenaan.

Sila rujuk hal. 77 - 78 untuk maklumat lanjut.

12. Berdasarkan kepada carta Program Harian OT, di UPJ HBKB, Kelantan. Sila rujuk Lampiran 5.

BIBLIOGRAFI

A. Buku-Buku

Ahmad Mahdzan Ayob

1983

"Kaedah Penyelidikan Sosio-Ekonomi: Satu Pengenalan", DBP, KL.

Alex Thio

1983

"Deviant Behavior", Second Edition, Houghton Mifflin Company, Boston.

Alfred Apsler

1971

"An Introduction to Social Science", Random House, Inc., N.Y.

Akers, R.L.

1977

"Deviant Behavior: A Social Learning Approach", Second Edition, Wadsworth Pub. Company, Inc. Belmont, California.

Ayllon, T.

"The Token Economy: A Motivational System for Therapy and Rehabilitation", Appleton-Century Crofts.

Bates, E.M.

1977

"Model of Madness", University of Queensland Press, St. Lucia, Queensland.

Backstrom, C.H. & Hirsch, G.D.

1963

"Survey Research", Northwestern University Press, Evanston, Illinois.

Bean, P.

1976

"Rehabilitation and Deviance", Second Edition, Routledge and Kegan Paul Ltd., London.

Baasher, T.A. et. al.

1975

"Mental Health Services in Developing Countries: Papers Presented at a WHO Seminar on the Organisation of Mental Health Service, Addis Ababa, 1973", WHO, Geneva.

- Cadore, R.J. & King, L.J.
1983 "Psychiatry in Primary Care", Second Edition, The C.V. Mosby Company, U.S.A.
- Candiah, P.
1981 "Buku Panduan Kejururawatan Psikiatri", DBP, K.L.
- Coleman, J.A.
1964 "Abnormal Psychology & Modern Life", Illinois: Scot, Foresman Company.
- Gleitman, H.
1983 "Basic Psychology", W.W. Norton & Company, Inc., N.Y.
- Gibbons & Jones
1975 "The Study of Deviance Perspectives and Problems", Prentice-Hall, Inc., N.J.
- H. Aulia
1974 "Agama dan Kesehatan Badan/Jiwa", Cetakan Ketiga, Penerbit Bulan Bintang, Jakarta.
- Kassebaum, G. et. al.
1971 "Prison Treatment and Parole Survival: An Empirical Assessment", John Wiley & Sons, Inc., Canada.
- Lindzey, G. & Aronson, E.
1968 "The Handbook of Social Psychology", Second Edition, Vol. V, Addison-Wesley Publishing Company, Inc., USA.
- Selltiz in Festinger, L. & Leatz, D.
1959 "Research Methods in the Behavioural Sciences", Holt, Rinehart and Winston Inc., USA., hal. 351.
- Tandon, B.C. (ed.)
1979 "Research Methodology in Social Sciences", Chaitanya Publishing House, India.
- Ting Chew Peh
1983 "Konsep Asas Sosiologi", Cetakan Kedua, DBP, KL.

Thuraiya Hj. Md. Zaiyad
1984

"Proses Pemulihan Juvana Nakal: Satu
Kajian Kes Di Sekolah Tunas Bakti,
Taiping, Perak", Jabatan Antropologi
dan Sosiologi, Universiti Malaya, KL.

(ii) Laporan

"Laporan Tahunan Bagi Tahun 1983 UPJ," Hospital Besar Kota Bharu,
Kelantan.

"Laporan Penduduk Negeri Kelantan; Banci Penduduk dan Perumahan
Malaysia 1980," Jabatan Perangkaan
Malaysia, KL, 1983, hal. 41 - 42.

"Profile of Kelantan in Figure 1985", UPEN, Kota Bharu, Kelantan.

CARTA ORGANISASI HOSPITAL BESAR, KOTA BHARU TAHUN 1986

PENGUASA PERUBATAN

TIMB. PENGUASA PERUBATAN

<u>Perkhidmatan Kepakaran</u>	<u>perkhidmatan Bantuan</u>	<u>perkhidmatan Latihan</u>	<u>Perkhidmatan Pentadbiran</u>
Jabatan Perubatan	Jabatan Pesakit	Sekolah Latihan	Bahagian
Jabatan Kanak-Kanak	Luar	Jururawat Terlatih	Perkhidmatan
Jabatan Ibu Mengandung dan Sakitpuan	Bahagian Kecemasan	Sekolah Latihan	Bahagian
Jabatan Bedah	Bahagian ICU & CCU	Jururawat Desa (Bahagian I)	Hasil
Jabatan Mata	Bahagian Farmasi	Doktor Siswazah	Bahagian
Jabatan Otopidik	Bahagian Tabung Darah		Kewangan
Jabatan Jiwa	Bahagian Dapur		
Jabatan Dada (T.B)	Bahagian Penyelia Jururawat		
Jabatan Kulit & Kusta.	Bahagian Penyelia Hospital		
Jabatan T.H.T (E.N.T)	Bahagian Kejuruteraan		
Jabatan X-Ray	Bahagian Fisioterapi		
Jabatan Kajipenyakit	Bahagian Dobi		
Jabatan Bius	Bahagian Jahitan		
	Bahagian Sucihamas		
	Bahagian Rekod		
	Bahagian Medicolegal		
	Bahagian Perpustakaan		
	Bahagian Talipon		

Unit Perawatan Jalin,
Hospital Besar,
Kota Bharu

LAMPIRAN - 2

Diagnosis breakdown 1985 - Male $\frac{1}{2}$ New 1985 - Outpatients

Diag	Jan	Feb	March	Apr	May	June	July	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec	Total
Manic Depression				1	1								2
Other Organic Psy	2	2	1		3						1	1	10
Schizophrenia	6	3	5	4	7	2	1	3	4	3	5	3	46
Affective Psy	2	2					2		3	1	1	1	12
Neurotic Disorder	1	1	2	1	1		1			1	2	3	13
Personality Dis													
Sexual deviations						1							1
Alcohol dep	1				1								2
Drug dep				1									1
Ac Reaction stress	1	1				1	3	1					7
Depressive Dis	7		4	5	3	5	2	2		4	3	6	41
Mental Retardation	2	2		2	1		1	2	2			2	17
Childhood Dis													
F/I	1		1	1	1	2	1	1	1	3	3	3	18
NAD			1				1	1					3
TOTAL	23	11	14	15	18	13	12	10	12	12	15	9	173

LAMPIRAN - 3

Harmonic breakdown 1965 - Sample N/C New Can Corporation.

Diag	Jan	Feb	March	Apr	May	June	July	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec	Total
schizoaffective		1		2		1	1						5
schizophrenia	2	1		1	1		2	1		1		1	10
schizophrenia	6	2	5	6	5	1	5	6	3	6	5	1	51
schizophrenia	1		1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	14
schizophrenia		1	1	1			1	2	1				7
schizophrenia					1	1		1					3
schizophrenia													
schizophrenia								2					2
schizophrenia			1		2	3	3		1				10
schizophrenia	2	4	6	3	1	4	2	1	6	5	6	6	46
schizophrenia	1	5	1	1	1				1			1	11
schizophrenia									2				2
schizophrenia					1								1
F/T		2						1	2	1	1	1	8
WAD	1							1	2	1		1	6
TOTAL	13	16	15	15	14	11	15	16	10	16	13	13	176

TARIKH	LOS RUMU	KE'S ULANGAN	JUMLAH
1975	242	4133	4377
1976	309	5662	5971
1977	293	6652	6945
1978	283	6524	6809
1979	283	6157	6445
1980	347	5733	6085
1981	373	5681	6054
1982	400	5572	5972
1983	365	5842	6207
Jumlah	2902	51973	54875

LAMPIRAN - 6

YUNIT PERUBATAN JIWA, HOSPITAL BESAR, KOTA BHARU

OCCUPATIONAL THERAPY ASSESSMENT CHART

Patient Name

R/N

Ward

		+++	++	+	AV	-	--	---
1.	Manual work accurate							
2.	Punctual and conscientious							
3.	Finishes work well							
4.	Learns quickly & easily							
5.	An energetic worker							
6.	Works quickly							
7.	Needs little supervision							
8.	Cooperates well with authority							
9.	Cooperates with other workers							
10.	A good mixer							
		+3	+2	+1	AV	-1	-2	-3

Staff Signature

.....

LAMPIRAN . 7

2.2 - Penduduk mengikut keturunan, jantina dan strata, Kelantan, 1980
 2.2 - Population by ethnicity, sex and stratum, Kelantan, 1980

	Lelaki Males					Perempuan Females					Jumlah Total				
	Melayu Malays	Cina Chinese	India Indians	Lain-lain Others	Jumlah Total	Melayu Malays	Cina Chinese	India Indians	Lain-lain Others	Jumlah Total	Melayu Malays	Cina Chinese	India Indians	Lain-lain Others	Jumlah Total
	102512	13494	1812	613	118431	107579	12516	1045	647	121787	210091	26010	2857	1260	240218
	285850	10254	1567	3566	301337	302820	8703	1598	3515	316636	588670	18957	3265	7081	617973
	388362	23748	3479	4174	419768	410399	21219	2643	4162	438423	798761	44967	6122	8341	858191

umber : "Laporan Penduduk Negeri Kelantan ; Banci penduduk dan perumahan
 Malaysia 1980", Jabatan Perangkaan Malaysia, KL, 1983, hal. 41.

Berita
Harian,

Khamis,

21 Ogos 1986

M.s. 3

Taraf keselamatan di wad sakit jiwa akan ditingkatkan

KUALA LUMPUR, Rabu — Kementerian Kesihatan akan mempertingkatkan taraf keselamatan di wad-wad sakit jiwa berikutan peristiwa seorang lelaki yang dipercayai sakit jiwa menyebabkan kematian bayi berumur 12 hari di Hospital Besar Alor Star Ahad lalu.

Bagaimanapun, Timbalan Menteri Kesihatan, Datuk K Pathmanaban, berkata langkah-langkah keselamatan di wad-wad berkenaan hendaklah sesuai dengan sistem rawatan pesakit jiwa yang moden.

"Kita tidak boleh menjadikan wad-wad sakit jiwa sebagai penjara kerana ini akan menjejaskan pesakit itu dan merumitkan proses rawatan," katanya kepada pemberita di majlis pelancaran projek loteri Institut Kemajuan Pelajaran Maju hari ini.

Katanya, kejadian di Hospital Besar Alor Star itu tidak disangka langsung kerana belum pernah berlaku di negara ini.

Menurutnya banyak pihak yang berpendapat pesakit jiwa adalah orang yang berbahaya dan perlu dikurung atau digari.

"Kita tidak boleh berbuat demikian kerana ia adalah cara yang diamalkan 200 tahun dahulu," katanya.

Datuk Pathmanaban berharap keluarga bayi yang mati itu memahami masalah-masalah yang dihadapi oleh pihaknya sebelum mengambil tindakan undang-undang.

"Bagaimanapun, kata putus bergantung kepada keluarga bayi itu kerana tindakan undang-undang adalah hak individu," katanya.

Semalam, keluarga bayi itu berunding mengambil tindakan undang-undang terhadap Hospital Besar Alor Star kerana kecuatan.

Ibu bayi itu, Puan Khatijah Md Plah, berkata beliau amat sedih kerana bayi itu adalah anak pertamanya selepas mendirikan rumahtangga tiga tahun lalu.

Sementara itu, kejadian sedih itu terus mendapat perhatian dan simpati orang ramai.

Seorang pembaca Berita Harian, Encik Latif Alias, 29, dari Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM) hari ini menawarkan bantuan kewangan bagi keluarga Puan Khatijah Md Plah dalam usaha mereka untuk mengambil tindakan undang-undang terhadap Hospital Besar Alor Star.

Bellau menyokong langkah keluarga Puan Khatijah untuk mengambil tindakan undang-undang dan menganggapnya sebagai satu cara untuk mendisiplinkan kakitangan hospital.

Tegasnya kecualan kakitangan hospital tidak boleh dijadikan sebagai satu alasan.

"Kalau mereka benar-benar jujur menjalankan tugas masing-masing, kematian bayi 12 hari tidak mungkin berlaku," tambahnya.

Encik Latif seterusnya menyeru orang ramai supaya memberi bantuan kewangan kepada keluarga Puan Khatijah sebagai tanda simpati.

Dalam pada itu, Jurucakap Biro Bantuan Guaman menyeru suami Puan Khatijah supaya pergi ke pejabat biro yang terdekat sekiranya mereka ingin mendapat bantuan biro itu.

Menurutnya pembayaran kos perundangan akan bergantung kepada gaji yang diperolehi oleh suami Puan Khatijah.

"Sekiranya, ia tidak berkemampuan, perkhidmatan biro akan diberikan percuma," tambahnya.

JERTIH 15 Dis. — Seramai 18 orang pesakit kanak-kanak dan dua orang jururawat di Wad 3, Hospital Daerah Besut di sini, telah ditahan selama lima jam oleh seorang lelaki yang bersenjatakan sebatang kayu dalam satu kejadian yang menggemparkan antara jam satu hingga enam pagi ini.

Lelaki berkenaan berumur dalam lingkungan 25 tahun, dengan tidak memakai baju, bagaimanapun tidak berjaya memasuki dalam wad berkenaan tetapi berkawal di bahagian luar hingga menyebabkan pihak polis terpaksa membantu meredakan keadaan.

Kesemua pesakit kanak-kanak di wad berkenaan dikatakan menjerit ketakutan, apabila lelaki berkenaan cuba memecahkan tingkap untuk memasuki ke dalam dan memberi amaran kepada sesiapa supaya jangan masuk campur, jika mahu selamat.

Dua orang jururawat yang menjaga wad berkenaan dikenali sebagai Cik Asiah Kadir dan seorang lagi yang hanya dikenali sebagai Cik Rokiah

Hospital Besut gempar lelaki didakwa tak siuman tahan 18 pesakit kanak2, 2 jururawat

terpaksa mengunci pintu masuk ke wad berkenaan, apabila lelaki itu cuba merempuhnya.

Bagaimanapun, keadaan menjadi tenteram semula, apabila lelaki berkenaan berjaya diberkas oleh pihak polis kira-kira jam 6.45 pagi ini, di luar kawasan hospital berkenaan.

Ketua Polis Daerah Besut, Penolong Penguasa Polis Nasaruddin Haji Zahari, ketika dihubungi pagi ini berkata, lelaki berkenaan sebenarnya kurang siuman dan pernah sebelum ini dimasukkan ke hospital kerana penyakitnya.

Katanya sebelum ke-

jadian itu berlaku, keluarga lelaki berkenaan telah membawanya ke hospital di sini, apabila dia mengacau penduduk Kampung Bintang, jam 10 malam tadi.

Lelaki berkenaan, kemudiannya telah dirawat oleh seorang doktor yang mengesahkannya "sakit" dan mengarahkannya supaya dihantar segera ke Hospital Kota Bharu, tetapi semasa sedang menunggu, lelaki berkenaan telah lari dan gagal ditemui oleh pihak polis yang sedang berkawal.

PPP Nasaruddin berkata, lelaki berkenaan akhirnya muncul kembali kira-kira jam 1 pagi, di wad 3 sambil

mengancam para jururawat yang sedang bertugas supaya membenarkan dia masuk.

Apabila tidak dibenarkan masuk, lelaki itu terus menjerit, sambil berkata "saya nak ajar semua kakitangan hospital malam ini" dan terus mengawal di wad itu hingga menyebabkan semua kakitangan tidak dapat menghubungi wad berkenaan.

Lelaki berkenaan kemudiannya melarikan diri, apabila anggota polis datang kira-kira sejam kemudian, tetapi muncul semula pada jam 4 pagi dan terus mengganggu pesakit-pesakit di wad satu, dua dan tiga.

Dengan membawa sebatang kayu di tangannya, lelaki berkenaan terus mengetuk-ngetuk pintu, setiap wad hingga menyebabkan para pesakit terjaga dan ketakutan.

Polis yang datang buat kali keempatnya berjaya memberkas lelaki berkenaan di satu kawasan luar hospital itu dan kemudiannya menghantar lelaki itu ke Kota Bharu kira-kira jam 7 pagi ini.